

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN
NEONATUS KURANG BULAN KECIL MASA KEHAMILAN (NKBKMK)
DAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH DI RUANG NICU
RSUD PROF.DR. W.Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 04 S/D 17 APRIL 2017**



OLEH

SELESTINA LEKI
142111156

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN
NEONATUS KURANG BULAN KECIL MASA KEHAMILAN (NKBKMK)
DAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH DI RUANG NICU
RSUD PROF.DR. W.Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 04 S/D 17 APRIL 2017**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH

**SELESTINA LEKI
142111156**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa laporan tugas akhir Asuhan kebidanan pada Bayi baru lahir Dengan Neonatus Kurang Bulan – Kecil Masa Kehamilan Dan Berat Bayi Lahir Rendah di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang adalah hasil Karya sendiri dan merupakan salah satu persyaratan, untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan.

Kupang, September 2017

Yang Menyatakan



SELESTINA LEKI

142111156

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir ini dengan Judul “Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Neonatus Kurang Bulan – Kecil Masa Kehamilan Dan Berat Bayilahir Rendah di ruang NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tanggal 04 S/D 17 April 2017” telah disetujui dan diajukan dalam Seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas Nama: Selestina Leki, Nim: 142111156 Program Studi D-III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang,.....2017

Menyetujui

Pembimbing I



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

Pembimbing II



Gaudentiana R. Mauk, SST

Mengetahui

Ketua

STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

**Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang**



Ummu Zakiah, SST., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir NKB-KMK dengan BBLR di ruang NICHU RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang tanggal 04-17 April 2017” telah disetujui dan diajukan dalam seminar laporan tugas akhir mahasiswa atas nama: Selsetina Leki, nim: 142111156 Program Studi D-Iii Kebidanan Stikes Cita Husada Mandiri Kupang.

Kupang,.....2017

Panitia Penguji

Ketua : Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes

Anggota : 1. Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

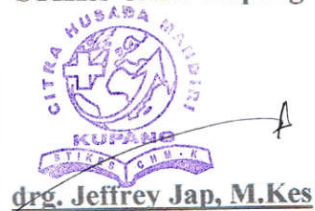
2. Gaudentiana R. Mauk, SST



Mengetahui

Ketua

STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang



Ummu Zakiah, SST., M.Kes

BIODATA PENULIS

1. Biodata

Nama : Selestina Leki
Tempat dan Tanggal Lahir : Alkani, 08 September 1995
Agama : Katolik
Alamat : Kayu Putih (Asrama Putri CHMK)

2. Riwayat Pendidikan

1. SDK Weakar
2. SMPN 2 Malaka Barat
3. SMAN Harekakae
4. Sedang Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Kesuksesan Hanya Dapat Diraih Dengan Segala Upaya Dan Usaha Yang Disertai Dengan Doa, Karena Sesungguhnya Nasib Seseorang Manusia Tidak Akan Berubah Dengan Sendirinya Tanpa Berusaha

KARYA TULIS ILMIAH INI KUPERSEMBAHKAN UNTUK

1. Tuhan yesus dan Bunda Maria
2. Kedua orang tua saya bapak Salomon Leki dan mama Maria Animea Hoar serta adik-adikku tersayang
3. Para Dosen kebidanan STIKes CHMK
4. Teman- teman seperjuangan angkatan VII STIKes

CHMK

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan D III Kebidanan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN NEONATUS
KURANG BULAN KECIL MASA KEHAMILAN DAN BERAT BAYI LAHIR
RENDAH DIRUANG NICU RSUD PROF.DR. W.Z.JOHANNES KUPANG
TANGGAL 04 s/d 17 MEI 2017**

Latar Belakang : Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) termasuk factor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonatus, bayi dan anak. Di Indonesia, setiap lima menit satu bayi dimasa neonatal meninggal, hampir sepertiganya 29% disebabkan bayi berat lahir rendah (BBLR) karena prematuritas, makin rendah masa gestasi, (Sudarti 2013). Menurut (Pantiawati, 2010) pada kasus bayi berat lahir rendah (BBLR) karena prematuritas, makin rendah masa gestasi, (Sudarti, 2013). Menurut Pantiawati,(2010) pada kasus bayi berat lahir rendah (BBLR), pencegahan atau pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kurun hamilan.

Tujuan: Agar penulis mampu mengembangkan pola pikir ilmiah dalam melaksanakan asuhan kebidanan dengan masalah kebidanan pada bayi baru lahir dengan NKB-KMK dan BBLR di ruang NICU RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang, dengan menggunakan pendekatan asuhan kebidanan 7 langkah varney.

Metode Penelitian: Metode Deskriptif, populasi pada penelitian ini adalah semua BBL yang sedang di rawat diruang NICU RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang. Sampel dalam penelitian ini adalah satu bayi dengan NKB – KMK dan BBLR diruang NICU RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.

Pembahasan : Berdasarkan asuhan yang dilakukan dengan manajemen kebidanan dari peayngumpulan data dasar sampai evaluasi, yaitu jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi, observasi tanda infeksi pada bayi, observasi tanda- tanda vital bayi, rawat bayi dengan teknik aseptik, pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C, lakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

Simpulan : pada tanggal 08 April 2017 pukul 23.00 wita dilakukan observasi keadaan umum bayi masih sesak, tidak siyanosis, bayi tidur tenang, tidak mual muntah, tidak kembung, dan bayi masih rawat di ruang NICU RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang, dan masih dalam perawatan dokter.

Kata Kunci: BBLR, NKB, KMK

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatnya sehingga saya dapat menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini tepat pada waktu, dimana laporan ini menjadi salah satu persyaratan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan. Dalam penulisan laporan Tugas Akhir ini Dengan Judul “Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan Neonatus Kurang Bulan – Kecil Masa Kehamilan Dan Berat Bayi Lahir Rendah Diruangan NICU Rsud Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang tanggal 04-17 April 2017” tepat pada waktunya. Tentunya saya tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Atas selesainya laporan tugas akhir ini.

Bersama ini, Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih secara Khusus kepada Meri Flora Ernestin, SST.,M.Kes selaku pembimbing I dan Gaudentiana R.Mauk, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing saya dalam menyusun dan menyelesaikan Laporan Studi kasus ini. Ucapan terima kasih sedalam-dalamnya juga kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang, yang telah memperkenalkan saya untuk menimba Ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan.

3. Ibu Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku ketua program studi D-III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini.
4. Para Dosen Prodi D-III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang sudah membekali penulis dengan berbagai ilmu dan pengetahuan yang dimiliki.
5. Ibu Maria O Baha, STr.Keb, selaku wali kelas yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
6. Ny. D.L dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden pada laporan Studi Kasus ini.
7. Kedua orang tua saya, Bapak salomon Leki dan mama Maria Animea Hoar, Adik Orlando Seran, Livoni Stefania Seuk, Adrianus Dedy Bria dan semua keluarga besar yang telah memberikan dukungan Doa, Nasihat, dan semangat sehingga penelitian dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Sahabat- sahabat, Kaka saudara saya, teman- teman (Akli, Rista, gres Dion, Asti dan juga ka Jhemz), yang selalu bersama saya dalam suka maupun duka dan semua mahasiswa Kebidanan D Angkatan VII yang telah memberikan semangat, bantuan, motivasi, masukan dan saran dalam proses penyelesaian laporan Studi kasus ini.

Kupang, April 2017

Selestina Leki

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji	v
Biodata Penulis	vi
Motto Dan Persembahan	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Singkatan	xv
Daftar Lampiran	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Dasar BBLR	8
2.2 Konsep Manajemen Kebidanan	56
2.3 Konsep Asuhan Pada BBL Dengan Nkb-Kmk Dan BBLR	59
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian	65
3.2 Kerangka Kerja	66
3.3 Lokasi Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian	67
3.4 Populasi Dan Sampel	67

3.5 Teknik Dan Instrument Pengambilan Data	68
3.6 Etika Penelitian.....	69
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 Tinjauan Kasus	72
4.2 Pembahasan	85
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	91
5.2 Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	96

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Pemeriksaan Skor Ballard.....	20
Tabel 2.2	Tingkat Maturnitas.....	23
Tabel 2.3	Berikan Cairan IV Dan ASI Menurut Umur.....	39
Tabel 2.4	Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi Sakit 1750-500 Gram	40
Tabel 2.5	Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi Sehat 1500-1749 Gram.....	41
Tabel 2.6	Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi Sakit 1500-1749 Gram	42
Tabel 2.7	Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi Sehat 1250-1499 Gram.....	42
Tabel 2.8	Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi Sakit 1250-1499 Gram	43
Tabel 2.9	Menurut Jumlah Cairan IV Dan ASI Bayi BBL <2500 Gram	44

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Kriteria penilaian neuromuscular	21
Gambar 2.2	Kurva Leubhenco	24
Gambar 2.3	Perawatan Metode Kanguru.....	45
Gambar 2.4	Pathway BBLR.....	55
Gambar 3.1	Kerangka Kerja.....	66

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
AGA	: Apperepriate For Gestasional Age
AKB	:Angka Kematian Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
ANC	:Antenatal Care
BBLR	:Bayi Berat Lahir Rendah
BB	:Berat Badan
BAK	:Buang Air Kecil
BAB	:Buang Air Besar
BBL	:Bayi Batu Lahir
BKB	:Bayi Kurang Bulan
BBLSR	:Berat Badan Sangat Rendah
BBLER	:Berat Badan Ekstrim Rendah
C	:Celsius
CM	:Centimeter
DEPKES	:Depertemen Kesehatan
DS	:Data Subyektif
DO	:Data Obyektif
HPHT	:Hari Pertama Haid Terakhir
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
IUGR	: Intrauterine Growth Retardation
IM	:Intra Muscular
IMS	:Infeksi Menular Seksual
IV	:Intra Vena
KMK	:Kecil Masa Kehamilan
KG	:Kilogram
KU	:Keadaan Umum
LK	:Lingkar Kepala
LP	:Lingkar Perut

LD :Lingkar Dada
LGA :Large For Gestasional Age
MG :Miligram
NCB :Neonatus Cukup Bulan
NLB :Neonatus Lebih Bulan
NKB :Neonatus Kurang Bulan
PMK :Perawatan Metode Kanguru
SMK :Sesuai Masa Kehamilan
HR :Heart Rate
RR : Respiration Rate
S :Suhu
SGA :Small For Gestasional Age
SDKI :Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SOAP :Subyektif,Obyektif, Assesment, Planing
TTV :Tanda- Tanda Vital
WHO :World Health Organisation

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pengantar	97
Lampiran 2 Surat Keterangan Selesai Studi Kasus	98
Lampiran 3 Permohonan Menjadi Responden	99
Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden.....	100
Lampiran 5 ASKEB.....	101
Lampiran 6 Lembar Konsultasi	129

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3% dan lebih sering terjadi di Negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematian 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak pada jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka dimana BBLR dengan rentang 2.1%. Secara nasional berdasarkan analisis lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia sehat 2010 yakni maksimal 7%. (Pantiawati, 2010)

Salah satu penyebab kematian bayi adalah hiperbilirubin, dimana Hiperbilirubin merupakan salah satu fenomena klinis yang paling sering ditemukan pada bayi baru lahir dalam minggu pertama dalam kehidupannya. Insiden hiperbilirubinemia di Amerika 65%, Malaysia 75%, Indonesia 51,47 % (Putri dan Mexitalia, 2014). Berdasarkan data Riset Kesehatan dasar (Riskesdas, 2015). Menunjukkan angka hiperbilirubin pada bayi baru lahir di Indonesia

sebesar 51,47%, di Sumatra Barat 47,3% dengan faktor penyebabnya antara lain Asfiksia 51%, BBLR 42,9%, Sectio Cesaria 18,9%, Prematur 33,3%, kelainan kongenital 2,8%, sepsis 12%. (SDKI, 2012).

Berat bayi lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah lahir dan hubungan antara waktu kelahiran dengan umur kehamilan, kelahiran bayi dapat dikelompokkan bayi kurang bulan (premature), yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi (kehamilan) < 37 minggu (<59 hari) sedangkan berkaitan dengan berat badan bayi lahir, bayi dapat dikelompokkan berdasarkan berat lahirnya, yaitu bayi berat lahir rendah (BBLR), yaitu berat lahir <2500 gram, bayi berat lahir sedang, yaitu berat lahir antara 2500-3999 gram. Dan berat badan lebih, yaitu berat lahir ≥ 4000 gram (profil kesehatan Indonesia, 2013).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia berasal dari berbagai sumber, yaitu Riset Kesehatan Daerah (Riskesdas), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI tahun 2012) dan Sensus Penduduk (SP). Dalam beberapa tahun terakhir AKB di Indonesia telah banyak mengalami penurunan yang cukup besar. AKB Nasional pada tahun 2012 sebesar 34 per 1.000 KH (SDKI 2012), pada tahun 2015 menurun menjadi 32 per 1.000. Untuk Provinsi NTT, Angka Kematian Bayi pada tahun 2012 sebesar 57 per 1.000 kelahiran hidup, walaupun angka ini sedikit lebih tinggi bila dibandingkan dengan AKB secara nasional yaitu 32 per 1.000 kelahiran hidup. (SDKI, 2012)

Laporan profil kesehatan kota kupang 2013 jumlah bayi dengan BBLR 4.457(6,3%), sedangkan pada tahun 2014 menjadi sebesar 3.830 (5, 1%), berarti terjadi penurunan. Presentase kabupaten kota provinsi NTT dengan BBLR tertinggi terdapat di kabupaten Negekeo sebesar 10,5% sedangkan yang terendah kabupaten Alor yaitu 01%.

Data pada RSUD. Prof. Dr W.Z Johannes Kupang Periode Januari s/d Desember 2016 jumlah bayi yang lahir hidup 467 bayi, 130 orang yang berat bayi lahir rendah (BBLR) dimana 124 bayi dengan umur kehamilan < 37 minggu sedangkan 129 bayi lahir dengan kehamilan 37-42 minggu.

Berdasarkan uraian-uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui tentang “asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah adalah “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan Neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang”

1.3 Tujuan Penulis

1.3.1 Tujuan umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Neonatus

Kurang Bulan- Kecil Masa Kehamilan Dan Berat Bayi Lahir

Rendah dengan pendekatan manajemen kebidanan di RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah studi kasus ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian secara lengkap Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
2. Mengidentifikasi diagnosa atau potensial berdasarkan interpretasi data dasar Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
3. Mengantisipasi masalah potensial yang timbul Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan- kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang”?
4. Melaksanakan perencanaan antisipasi atau tindakan segera Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan- kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang”?
5. Menyusun perencanaan berdasarkan rasionalisme Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan- kecil masa kehamilan dan berat bayilahir rendah Di Ruang Nicu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang”?

6. Melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah dibuat Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu Rsud Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang.
7. Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan Pada Pada Bayi Baru Lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu Rsud Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang.
8. Mendokumentasikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan- kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah Di Ruang Nicu Rsud Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.4 Manfaat Penulis

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan disiplin ilmu kebidanan dan tidak menutup kemungkinan bagi disiplin ilmu lainnya.

1.4.2 Praktis

a. Bagi Lahan praktek

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah

b. Bagi Institusi pendidikan

Dapat dijadikan bahan referensi perpustakaan sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dalam mata kuliah pathologi kebidanan.

c. Bagi Responden

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah

d. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman secara langsung sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama di akademik, serta menambah wawasan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah.

1.5 Sistematika Penulis

Dalam penulisan laporan ini berdasarkan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB 1 PENDAHULUAN: Berisi tentang: 1) Latar Belakang, 2) Rumusan Masalah, 3) Tujuan, 4) Manfaat dan 5) Sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS: Berisi tentang: 1) Konsep Dasar BBLR, 2) Konsep dasar manajemen kebidanan, 3) Konsep Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan NKB-KMK dan BBLR

BAB III METODE PENELITIAN: berisi tentang desain penelitian dan rancangan penelitian: 1) Desain Penelitian, 2) Rancangan Penelitian, 3) Kerangka Kerja, 4) populasi, Sampel dan Sampling, 5) Tempat dan waktu pelaksanaan penelitian, 6) Etika penelitian

BAB IV PEMBAHASAN: berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan

BAB V PENUTUP: Berisi tentang 1) Kesimpulan, 2) Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar BBLR

2.1.1 Pengertian

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badannya kurang atau sama dengan 2500 gram disebut low birthweight infant (bayi berat lahir rendah/BBLR), karena morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga neonatus pada tingkat kematangan (Maturitas) bayi tersebut. Definisi WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas bahwa bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram (Pantiawati,2013)

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir <2500 gram tanpa memandang masa kehamilan yang ditimbang 1 jam setelah lahir (Pudiastuti,2011) BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang atau sama dengan 2500 gram.(Kristiyanasari,2010).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) atau low birth weight infant (LBWI), adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Berdasarkan kongres “European perinatal medicine II” di London AUA (1970), menurut masa kehamilannya, dikategorikan menjadi tiga, yaitu bayi kurang bulan yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37

minggu (259 hari), bayi lebih bulan yaitu bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).(kristiyanasari,2010).

2.1.2 Patofisiologi

Bayi BBLR mengalami kekurangan nutrisi *in utero* diakibatkan karena buruknya suplai nutrisi dari plasenta. Beberapa penyebab berhubungan dengan buruknya kesehatan ibu, social ekonomi factor ibu, factor janin dan factor lingkungan. Penyebab dibagi beberapa factor antara lain (Kristiyanasari,2010)

a) Factor ibu

1. Penyakit

- a. Toksemia gravidarum
- b. Perdarahan antepartum
- c. Trauma fisik dan psikologis
- d. Nefritis akut
- e. Diabetes mellitus
- f. Anemia Berat
- g. Preeklamsi atau hipertensi
- h. Infeksi selama kehamilan (infeksi kandung kemig dan gingal), hepatitis, IMS,HIV /AIDS, malaria, TORCH

2. Usia ibu

- a. Usia < 20 tahun dan usia > 35 tahun

kehamilan dibawah usia 20 tahun dapat menimbulkan banyak permasalahan karena bias mempengaruhi organ tubuh seperti

rahim bahkan bayi bisa premature dan berat badan lahir kurang. Hal ini disebabkan karena wanita yang hamil mudah belum bisa memberikan suplai makanan dengan baik dari tubuhnya untuk janin didalam rahim selain itu, wanita tersebut juga bisa menderita anemia karena sebenarnya ia sendiri masih membutuhkan sel darah merah tetapi sudah harus dibagi dengan janin yang ada dalam kandungannya. Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat- alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu bahaya yang dapat terjadi pada ibu ini adalah:

- a. Tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia
- b. Ketuban pecah dini: ketuban pecah sebelum persalinan dimulai
- c. Persalinan tidak lancar / macet
- d. Perdarahan setelah bayi lahir. Kristiyanasari (2010).

3. Keadaan sosial

Keadaan sosial ekonomi: keadaan ini sangat berpengaruh terhadap timbulnya prematuritas, kejadian yang tinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal kurang (Mitayana 2012).

4. Sebab lain :

Kebiasaan ibu yang juga menjadi faktor resiko BBLR yaitu ibu yang merokok baik aktif maupun pasif dan ibu yang menggunakan NAZA asap rokok mengandung sejumlah teratogen potensial seperti nikotin .karbon monoksida, sianida, tar dan berbagai hidrokarbon. Zat-zat ini selain bersifat fetotoksik, juga memiliki efek vasokonstriksi pembuluh darah dan mengurangi kadar oksigen dan gangguan pembuluh darah sehingga membuat aliran nutrisi dari ibu ke janin terhambat dan terganggu, akhirnya pertumbuhan janin terhambat (cuningh et al,2005). Kebiasaan ibu faktor yang mempengaruhi BBLR yaitu ibu minum kopi dapat menyebabkan detak jantung dan metabolisme pada tubuh ibu, yang dapat menimbulkan stress yang nantinya mengganggu perkembangan janin. Kopi juga dapat menyebabkan insomnia, mudah gugup, sakit kepala, merasa tegang dan lekas marah. Kafein berdampak pada janin karena dapat masuk kedalam peredaran darah. Kafein berdampak pada janin karena dapat masuk kedalam peredaran darah janin melalui plasenta, dampaknya yaitu keguguran, berat lahir rendah, sindrom kematian bayi mendadak (SIDS), detak jantung meningkat.dianjurkan agar ibu hamil membatasi minuman yang mengandungn kafein seperti kopi, teh, koka cola dan minuman ringan lainnya.sebuah penelitian menunjukan bahwa sedikitnya dua cangkir dapat berisiko

keguguran dua kali lipat. Ibu yang mengonsumsi 71-140 mg melahirkan bayi dengan berat seperempat lebih kecil, jika mengonsumsi lebih dari 4 cangkir kopi setiap hari dapat menyebabkan *sudden infant death syndrome* (SIDS).

(Indrayani,2011).

b) Factor janin

1. Kehamilan ganda

Pada kehamilan kembar dengan distensi uterus yang berlebihan dapat menyebabkan persalinan premature dengan BBLR. Kebutuhan ibu untuk pertumbuhan hamil kembar lebih besar sehingga terjadi devisiensi nutrisi seperti anemia hamil yang dapat mengganggu pertumbuhan janin dalam rahim (Marmi 2012).

c) Factor lingkungan

Lingkungan juga mempengaruhi untuk menjadi resiko untuk melahirkan BBLR. Factor lingkungan yaitu bila ibu bertempat tinggal didataran tinggi seperti pegunungan. Hal tersebut menyebabkan rendahnya kadar oksigen sehingga suplai oksigen terhadap janin menjadi terganggu. Ibu yang tempat tinggalnya didataran tinggi beresiko untuk mengalami hipoksi janin yang menyebabkan asfiksia neonatorum. Kondisi tersebut dapat berpengaruh terhadap janin oleh karena gangguan oksigenasi/kadar oksigen udara lebih rendah dan dapat menyebabkan lahirnya bayi BBLR. Radiasi dan paparan zat-zat racun juga berpengaruh, kondisi tersebut

dikhawatirkan terjadi mutasi gen sehingga dapat menimbulkan kelainan kongenital pada janin.(Kristyanasari,2010).

Keadaan plasenta yang kurang baik menyebabkan janin tidak mendapat cukup asupan glikogen dan saat lahir, bayi akan sulit untuk mempertahankan suhu tubuh dan kadar gula darah.

- a. Bayi kecil mungkin organ- organ bisa sudah matur, terutama bila usia kehamilannya mendekati aterm.
- b. Jika bayi ini premature, maka masalah- masalahnya bisa imaturitas dari organ- organ penting tergantung pada usia kehamilannya bayi ini memiliki risiko komplikasi dari prematuritasnya dan membutuhkan perawatan sebagai bayi premature.
- d) Pengaruh Status gizi pada kehamilan

Kualitas bayi lahir sangat bergantung pada asupan gizi ibu hamil. Gizi yang cukup akan menjamin bayi lahir sehat dengan berat badan cukup. Namun, kekurangan gizi yang adekuat dapat menyebabkan berat badan lahir rendah menurut depkes tahun (2004) tingginya akan kurang gizi pada ibu hamil mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka Indonesia yang diperkirakan mencapai 350.000 setiap tahun. Status gizi pada trimester 1 akan sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan embrio pada masa perkembangan dan pembentukan organ- organ tubuh. Pada trimester II dan III kebutuhan janin terhadap zat-zat gizi semakin meningkat jika tidak terpenuhi plasenta akan kekurangan zat makanan sehingga akan mempengaruhi kemampuannya dalam mensintesis zat- zat yang

dibutuhkan oleh janin untuk mengetahui status gizi ibu hamil tersebut, dapat menggunakan beberapa cara antara lain dengan membantu penambahan berat badan selama hamil, mengukur lingkar lengan atas (LILA) dan kadar hemoglobin.

Status gizi ibu sebelum hamil berperan dalam mencapai gizi ibu sebelum hamil. Penelitian menunjukkan bahwa status gizi ibu sebelum hamil mempunyai pengaruh terhadap BBLR. Dengan status gizi kurang selama hamil mempunyai resiko 4,27 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang status gizi baik.

2.1.3 Klasifikasi BBLR

1. Berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi: (Pantiawati,2010)
 - a. Preterm infant atau bayi prematur, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
 - b. Term Infant atau bayi cukup bulan (mature/aterm), yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan lebih daripada 37-42 minggu.
 - c. Post term infant atau bayi lebih bulan (posterm/postmature), yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu.
2. Berdasarkan berat badan
 - a) Bayi berat badan lahir amat sangat rendah/ ekstrim rendah (bayi lahir berat badan <1000 gram)
 - b) Bayi berat badan lahir sangat rendah (bayi lahir berat badan <1500

- c) Bayi berat lahir cukup rendah (bayi berat badan cukup rendah (bayi berat badan 1501-2500 gram)

3. Berdasarkan berat badan dan usia kehamilan

- a) Bayi kecil untuk usia kehamilan (KMK) small for gestasional age (SGA), Bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intra uterine dengan BB terletak dibawah presentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.

BBLR dapat dibagi dua yaitu premature murni dan dismatur. Bayi prematuritas murni lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan untuk masa kehamilan atau neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-KMK). Bayi dismatur lahir dengan berat badan kurang dari seharusnya untuk masa kehamilan. Dapat terjadi dalam tiga kemungkinan, yaitu pterem (neonatus kurang bulan-kecil masa kehamilan), term (Neonatus Cukup Bulan-kecil Masa Kehamilan) dan postterm (Neonatus Lebih Bulan-Kecil Masa Kehamilan).

(Muslihatun, 2010)

Menurut (Sudarti dkk,2013) Berdasarkan penanganan dan harapan hidup, BBLR dibedakan dalam:

- a. BBLR (Bayi berat lahir rendah) : 1500-2499 gram
- b. BBLSR (Bayi berat lahir sangat rendah) : < 1500 gram
- c. BBLER (Bayi berat lahir ekstrim rendah :< 1000 gram

Ada dua golongan bayi berat badan lahir rendah yaitu:

a. Prematuritas murni

Yaitu bayi yang lahir dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan bayi sesuai dengan gestasi atau yang disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan.

b. Bayi *small for Gestasional Age* (SGA)

Yaitu berat bayi lahir tidak sesuai dengan masa kehamilan SGA sendiri terdiri atas tiga jenis yakni:

1. Simetris (*intrauterus for gestational retardation*)

Yaitu terjadi gangguan nutrisi pada awal kehamilan dan dalam jangka waktu yang lama

2. Asimetris (*lintrauterus growth retardation*)

Yaitu terjadi defisit nutrisi pada fase akhir kehamilan

3. Dismaturitas

Yaitu bayi yang lahir kurang dari berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi dan si bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauteri serta merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan.

2.1.4 Diagnosa

Menurut pantiawati (2010) menegakan diagnosis BBLR adalah dengan menimbang berat badan bayi dalam waktu 1 jam setelah lahir, dapat diketahui dengan dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

2.1.5 Manifestasi Klinik

Adapun tanda dan gejala BBLR menurut Sukarni dkk (2014) diantaranya:

- a. Berat badan < 2500 gram
- b. PB < 45 cm, LK < 33 cm, LD, 30 cm.
- c. Kepala bayi lebih besar dari badan, rambut kepala tipis dan halus elastisitas daun telinga
- d. Dada dinding thoraks elastis, puting susu belum terbentuk
- e. Abdomen: distensi abdomen, kulit perut tipis, pembuluh darah kelihatan.
- f. Jaringan lemak sub kutan sedikit,lanugo banyak.
- g. Genitalia: Lk skrotum kecil, testis tidak teraba, PR labia mayora hamper tidak ada, klitoris menonjol.
- h. Ektremitas: kadang oedema garis telapak kaki sedikit.

I. Menurut Surasmi Asrining dkk (2003) bayi berat lahir rendah dapat juga dibagi menjadi tiga stadium yaitu:

a. Stadium I

Bayi tampak kurus dan relative lebih panjang, kulit longgar, seperti permen karet, namun belum terdapat noda mekonium.

b. Stadium II

Bila didapatkan stadium I ditambah warna hijau warna kulit, plasenta dan umbilicus hal ini disebabkan oleh mekonium yang tercampur dalam

amnion kemudian mengendap kedalam kulit, umbilicus dan plsentia sebagai akibat anoksia intrauterus.

c. Stadium III

Ditemukan tanda stadium II dibawah kulit berwarna kuning demikian pula kuku dan tali pusat. (Surasmi Asrining dkk, 2003).

2.1.6 Karakteristik BBLR

Menurut kristiyanasari (2010) karekteristik BBLR dibedakan menjadi pre maturitas murni dan Dismatur yakni :

a. Prematuritas murni

1. Berat badan kurang dari 2500 gram, PB 45 cm LK < 33 cm LD < 30 cm
2. Masa gestasi kurang dari 37 minggu
3. Kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin
4. Kepala lebih besar dari badan
5. Lenugo banyak terutama pada dahi, pelipui, telinga dan lengan
6. Lemak sub kutan kurang
7. Ubun- ubun dan sutura lebar
8. Rambut tipis, halus
9. Tulang rawan dandaun telinga imatur
10. Putting susu belum dibentuk dengan baik
11. Pembuluh darah kulit banyak terlihat, peristaltic usus dapat terlihat
12. Genitalia belum sempurna, labia, minora belum tertutup oleh labia mayora (para wanita), testis belum turun (para laki- laki).

13. Bayi masih posisi fatal
14. Pergerakan kurang dan lemah
15. Otot masih hipotonik
16. Banyak tidur, tangis lemah, pernafasan belum teratur dan sering mengalami serangan apneu.
17. Reflek tonik neck lemah
18. Reflex menghisap dan menelan belum sempurna. kristiyanasari (2010)

b. Dismatur

Retren : sama dengan bayi prematuritas murni

Post term :

1. Kulit pucat / bernod, mekonium kering keriput, tipis
2. Vernix caseosa pipis / tak ada
3. Jaringan lemak dibawah kulit tipis
4. Bayi tampak gesit, aktif dan kuat
5. Tali pusat berwarna kehijauan. kristiyanasari (2010)

Pemeriksaan skor ballard (Surasmi Asrining dkk,2003)

	-1	0	1	2	3	4	5
Kulit	Lengket, Friable transparan	Gelatinus transparan, merah	Merah muda, halus, vena-vena tampak	Permukaan mengelupas, dengan/ tanpa ruam, vena jarang	Daerah pucat dan pecah-pecah, vena jarang	Seperti keras, kulit pecah-pecah dalam , tidak ada vena	Pecah-pecah kasar keriput
Lanugo	Tidak ada	Jarang	Banyak Sekali	Menipis	Menghilang	Umumnya tidak ada	
Permukaan Plantar Kaki	Tumit ibu jari kaki 40-50 m : -1 <40 m : -2	Lebih dari 50 mm tidak ada garis	Garis-garis merah tipis	Lipatan melintang hanya pada bagian anterior	Lipatan pada 2/3 anterio	Garis-garis pada seluruh telapak kaki	
Payudara	Tidak tampak	Hampir tidak tampak	Areola datar, tidak ada benjolan	Areola berbintil, benjolan 1-2 mm	Areola timbul benjolan 3-4 mm	Areola penuh benjolan 5-10 mm	
Mata/Daun Telinga	Kelopak mata menyatu Longgar : -1 Ketat : -2	Kelopak terbuka, pinna datar, tetap terlipat	Pinna sedikit melengkung, lunak recoil lambat.	Pinna memutar penuh, lunak tetapi sudah recoil	Pinna keras dan berbentuk recoil segera.	Kartilaga tebal, telinga kalu	
Genitalia	Skrotum datar dan halus	Skrotum kosong rugae samar	Testis di kanal bagian atas, rugae jarang	Testis menuju kebawah, sedikit rugae	Testis sudah turun, rugae jelas	Testis tergantung, rugae dalam	

Sumber: Pantiawati (2010)

Tabel 2.1 Pemeriksaan skor ballard




































Sistem Ballard

Ballard menilai maturitas neonatus berdasarkan 7 tanda kematangan fisik dan 6 tanda kematangan neuromuscular. Penilaian dilakukan dengan cara :

- Menilai 7 tanda kematangan fisik.
- Menilai 6 tanda kematangan neurologik.
- Hasil penilaian aspek kematangan fisik dan neurologic di jumlah.
- Jumlah nilai kedua aspek kematangan tersebut dicocokkan dengan tabel patokan tingkat kematangan menurut Ballard.

Sebagai contoh, aspek kematangan fisik jumlahnya 15 dan aspek kematangan neuromuscular jumlahnya 15, jumlah aspek kematangan fisik ditambah aspek kematangan neuromuscular 30. Menurut tabel penilaian tingkat kematangan Ballard, jumlah nilai 30 tingkat kematangannya sesuai dengan masa gestasi 36 minggu. (Surasmi Asrining dkk,2003).

Maturitas neuromuscular (Asrining 2003)

	- 1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Gerakan lengan membalik		 180°	 140° - 160°	 110° - 140°	 90° - 110°	 < 90°	
Sudut poplitea	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Tanda selayang							
Lutut ke telinga							

Gambar 2.1 kriteria penilaian neuromuscular

Cara menilai aktivitas Neuromuscular (Asrining 2003)

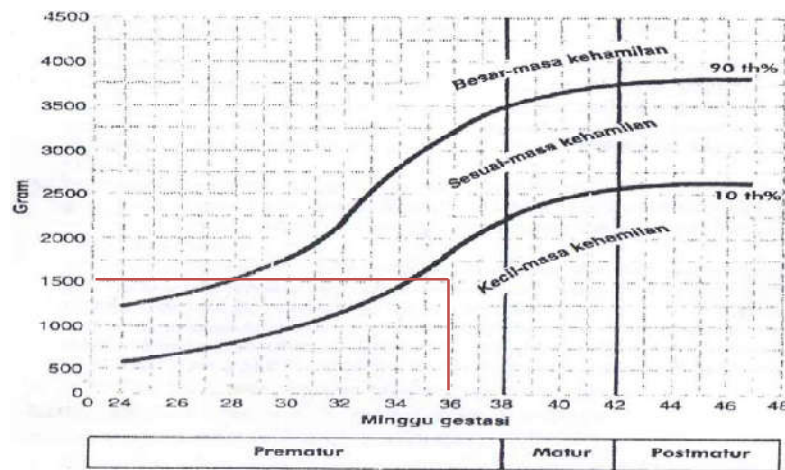
1. Postur : dinilai dari bayi dalam posisi terlentang dan tenang.
2. Jendela pergelangan tangan : tangan bayi difleksikan diantara ibu jari dan telunjuk pemeriksa lalu diukur sudut antara *hypotbenar eminence* dengan *forearm*.
3. Gerakan lengan membalik: bayi tidur terlentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut-data (knee-chest position). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut.
4. Sudut poplitea: bayi tidur telentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut- data (knee-chest position). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut.
5. Tanda selendang: posisi terlentang, peganglah salah satu lengan bayi dan usahakan tangan tersebut mencapai leher posterior dari bahu sisi lainnya. Angkat dan geserlah siku bayi diatas dadanya dan lihat sampai dimana siku tersebut dapat digeser. Makin muda bayi makin muda menggeser sikunya melewati garis tengah kesisi lain.
6. Lutut ke telinga : posisi terlentang, gerakan kaki bayi ketelinga dari sisi yang sama. Perhatikan jarak yang tidak mencapai telinga dan ekstensi lutut.

Tingkat maturitas (Asrining Surasning dkk 2003)

Nilai	Minggu
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Tabel 2.2 perkiraan usia kehamilan menurut maturitas dan Neuromuscular

Umur kehamilan ditentukan dengan menjumlahkan nilai kematangan maturitas fisik dan aktivitas neuromuscular dan disesuaikan dengan nilai tingkat maturitas. Untuk menetapkan apakah bayi tersebut SMK, KMK, BMK, maka umur kehamilan tersebut diplot dikurva pertumbuhan perkembangan intrauterine dari battaglia dan Lubchenco (1967). Kurva ini memperlihatkan klasifikasi praktis dari bayi baru lahir hidup ditinjau dari hubungan antara berat badan dan umur kehamilan (Battaglia dan Lubchenco, 1967) (Asrining, dkk 2003)



Gambar 2.2 kurva yang memperlihatkan klasifikasi praktis bayi baru lahir ditinjau dari hubungan antara berat badan dan umur kehamilan (Leubnhenco, 1967).

2. Pemeriksaan reflex

- a) Reflex moro : terkejut
- b) Refleks rooting : mencari
- c) Refleks sucking : menghisap
- d) Releks swallow : menggenggam

2.1.7 Komplikasi

Menurut Surasmi Asrining dkk (2013) komplikasi yang dapat timbul pada bayi BBLR adalah:

1. Hipotermi

Dalam kandungan, bayi berada dalam suhu lingkungan yang normal dan stabil yaitu 36°C sampai dengan 37°C. segera setelah lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini member pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Selain itu, hipotermi dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas

dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, lemak subkutan yang sedikit, belum matangnya system saraf pengatur suhu tubuh.

Tanda- tanda bayi hipotermi adalah menangis lemah, kurang aktif, malas minum, kulit teraba dingin, kulit mengeras, kemerahan, frekuensi jantung < 100x/menit, nafas pelan dalam suhu tubuh <36,5°C.

Menurut Sarwono (2006) Klasifikasi pembagian hipotermi

1) Hipotermi sedang

Cirri-ciri hipotermia sedang:

- a) Suhu 32°C-36°C
- b) Aktivitas berkurang
- c) Tangisan lemah
- d) Kulit berwarna tidak rata
- e) Kemampuan menghisap lemah
- f) Kaki teraba dingin

2) Hipotermi berat

Cirri-ciri hipotermi berat

- a) Suhu tubuh $\leq 32^{\circ}\text{C}$
- b) Bibir dan kuku kebiruan
- c) Pernapasan lambat
- d) Pernapasan tidak teratur
- e) Bunyi jantung lambat
- f) Bisa menimbulkan hipoglikemi dan asiadosis metabolic

2. Hipoglikemia

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemi dapat pula terjadi sebanyak 50% pada bayi premature. Glukosa merupakan sumber utama energy selama masa janin. Kecepatan glukosa diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi aterm dapat kadar glukosa darah 50-60mg/dl selama 72 jam pertama, sedangkan bayi berat badan lahir rendah dalam kadar 40 mg/dl. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Hipoglikemi bila kadar gula darah sama dengan atau kurang dari 20 mg Dl. Tanda Klinis Hipoglikemia adalah: gemetar atau tremor, sianosis, apatis, kejang, apnea intermiten, tangisan lemah atau melengking, kelumpuhan atau latergi, kesulitan minum, terdapat gerakan putar mata, keringan dingin, hipotermia, gagal jantung dan henti jantung (sering berbagai gejala muncul bersama- sama). (Surasmi Asrining, dkk,2003).

3. Perdarahan intracnial

Perdarahan intracnial dapat terjadi karena trauma lahir. Matriks germinal epidimial yang kaya pembuluh darah merupakan wilayah yang sangat rentang terhadap terhadap selama minggu pertama kehidupan (Surasmi Asrining, dkk,2003). Tanda klinis perdarahan intracnial adalah: kegagalan umum untuk bergerak normal, reflek moro menurun atau tidak ada, tonus otot menurun, latergi, pucat dan sianosis, apnea.

Menurut kementrian kesehatan RI, 2011 lebih mudah meninggal atau mengalami masalah kesehatan yang serius. Berat bayi dan masa kehamilan menggambarkan risiko, semakin muda masa kehamilan semakin besar risikonya.

Masalah- masalah BBLR (Surasmi Asrining,2003)

a. Sindrom Aspirasi Mekonium

Hipoksia intrauterine akan mengakibatkan janin mengalami *gasping* dalam uterus. Selain itu mekonium akan dilepaskan dan bercampur dengan cairan amnion. Cairan amnion yang mengandung mekonium akan masuk kedalam paru janin karena inhalasi. Ketika bayi lahir akan menderita gangguan pernapasan karena melekatnya mekonium dalam saluran pernapasan.

b. Hipoglikemia sistomatik

Keadaan ini terutama terdapat pada bayi laki-laki, penyebabnya belum jelas, mungkin karena cadangan glikogen yang kurang pada bayi dismatur. Diagnosis dibuat setelah pemeriksaan kadar gula darah, dinyatakan hipoglikemia bila kadar gula darah, dinyatakan hipoglikemia bila kadar gula darah kurang dari 20 mg/dl pada bayi berat lahir rendah.

c. Penyakit membrane hialin

Penyakit ini diderita bayi dismatur yang preterm terutama bila masa gestasi kurang dari 35 minggu, hal ini disebabkan karena pertumbuhan surfaktan paru yang belum cukup.

d. Hiperbilirubinemia

Bayi dismatur lebih sering menderita hiperbilirubinemia dibandingkan bayi yang sering beratnya sesuai dengan masa kehamilan. Berat hati bayi dismatur kurang dibandingkan bayi biasa, mungkin disebabkan gangguan pertumbuhan hati.

e. Asfiksia neonatorum

Bayi dismatur lebih sering menderita asfiksia neonatorum dibandingkan bayi biasa. Membedakan bayi premature murni atau dismatur penting karena:

1. Morbiditas yang berlainan.
2. Prematuritas murni mudah menderita komplikasi membrane hialin, perdarahan intraventrikuler, pneumonia aspirasi.
3. Bayi dismatur mudah menderita sindrom aspirasi mekonium, hipoglikemia simtomatik dan hiperbilirubinemia.
4. Bayi dismatur yang preterm. Dapat menderita komplikasi bayi dismatur dan bayi premature.
5. Bayi dismatur harus mendapat makanan dini yang lebih dini dari bayi premature.

2.1.8 Penatalaksanaan

I. Menurut Kristiyanasari Weni (2010) penatalaksanaan saat lahir mencakup dan tatalaksana BBLR setelah lahir:

1. Penilaian BBLR saat lahir, dengan menggunakan dua parameter :
 - i. Bernapas spontan atau menangis

ii. Air ketuban (keruh atau tidak)

2. Asuhan bayi baru lahir

Untuk menilai BBLR saat lahir dan asuhan bayi baru lahir yang meliputi BBL normal dan resusitasi pada bayi asfiksia.

1) BBLR yang menangis termasuk kedalam criteria bayi baru lahir tanpa asfiksia. Bayi tersebut dalam keadaan bernapas baik dan warna air ketuban jernih. Untuk BBLR tanpa asfiksia sebagai berikut:

- a. Membersihkan jalan napas (caranya lihat pada perawatan bayi normal)
- b. Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat (lihat perawatan bayi normal)
- c. Membersihkan badan bayi dengan kapas dan baby oil/ minyak (lihat perawatan bayi normal)
- d. Memberikan obat mata
- e. Membungkus bayi dengan kain hangat
- f. Pengkajian keadaan kesehatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah.
- g. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara :
 1. Membungkus bayi dengan menggunakan selimut bayi yang dihangatkan terlebih dahulu
 2. Menidurkan bayi didalam incubator buatan yaitu dapat dibuat dari keranjang yang pinggirnya diberi penghangat

dari buli- buli panas atau botol- botol ini disimpan dalam keadaan berdiri, tutupnya ada ada disebelah atas agar air tidak tumpah dan tidak mengakibatkan luka bakar pada bayi. Buli-buli panas atau botol-botol inipun harus dalam keadaan terbungkus, dapat menggunakan handuk atau kain yang tebal. Bila air panasnya sudah dingin, ganti airnya dengan air panas kembali.

3. Suhu lingkungan bayi harus dijaga :
 - a. Kamar dapat masuk sinar matahari
 - b. Jendela dan pintu dalam keadaan tertutup untuk mengurangi hilangnya panas dari tubuh bayi melalui proses radiasi dan konveksi.
4. Badan bayi harus dalam keadaan kering untuk mencegah terjadi evaporasi
- h. Pemberian nutrisi yang adekuat
 1. Apabila daya isap belum baik, bayi dicoba untuk menetek sedikit demi sedikit
 2. Apabila bayi belum bisa menetek pemberian ASI diberikan melalui sendok atau pipet
 3. Apabila bayi belum ada reflek mengisap dan menelan harus dipasang slang penduga /sonde feeding
- i. Mengajarkan ibu / orang tua cara :
 1. Membersihkan jalan napas

2. Mempertahankan suhu tubuh
 3. Mencegah terjadinya infeksi
 4. Perawatan bayi sehari- hari
 - a. Memandikan
 - b. Perawatan tali pusat
 - c. Pemberian ASI
 - d. Dll
 - j. Menjelaskan pada ibu (orang tua)
 1. Pemberian ASI
 2. Makanan bergizi bagi ibu
 3. Mengikuti program KB segera mungkin
 - k. Observasi keadaan umum bayi selama 3 hari, apabila tidak ada perubahan atau keadaan umum semakin menurun bayi harus dirujuk kerumah sakit. Berikan penjelasan kepada keluarga bahwa anaknya harus dirujuk kerumah sakit.
3. BBLR yang tidak bernapas spontan dimasukkan kedalam kategori lahir dengan asfiksia dan harus segera dilakukan langkah awal resusitasi dan tahapan berikutnya bila diperlukan.
- Resusitasi:
- a. Diputuskan berdasarkan penilaian keadaan bayi baru lahir, yaitu bila:
 1. Air ketuban bercampur mekonium (letak kepala/ gawat janin)

2. Bayi tidak menangis, atau tidak bernapas spontan, atau bernapas megap-megap
- b. Langkah awal resusitasi
 1. Jaga bayi dalam keadaan hangat
 2. Atur posisi kepala bayi sedikit tengadah (posisi menghirup)
 3. Isap lendir dimulut, kemudian hidung
 4. Keringkan sambil dilakukan rangsang taktil
 5. Resposisi kepala
 6. Nilai keadaan bayi dengan melihat parameter: usaha napas bila setelah dilakukan penilaian, bayi tidak menangis atau tidak bernapas spontan dan teratur.
 7. Lakukan ventilasi sesuai dengan tatalaksana manajemen asfiksia bayi baru lahir.
 8. Bila setelah ventilasi selama 2 menit, tidak stabil, siapkan rujukan
 9. Bila bayi tidak bisa dirujuk dan tidak bisa bernapas hentikan ventilasi 10 menit denyut jantung tidak ada/tidak terdengar, kemudian siapkan konseling dukungan emosional dan pencatatan bayi meninggal.

Tatalaksana BBLR setelah lahir (Muslihatun 2010)

Asuhan yang diberikan terdiri dari:

1. Asuhan BBLR tanpa asfiksia
2. Asuhan BBLR pasca resusitasi

- a. Riwayat : Tanyakan tanggal perkiraan kelahiran atau umur kehamilan
- b. Periksa : a. Timbang berat bayi (dalam keadaan telanjang) setelah lahir (0-24 jam) dan bernapas baik. Dimbangan dilapisi kain hangat dan ditera,dan lakukan pemeriksaan fisik.
- c. Masalah /kebutuhan : tentukan bayi adalah :
 - a) BBLR boleh dirawat oleh bidan, adalah BBLR dengan berat ≥ 2000 gram, tanpa masalah/ komplikasi
 - b) BBLR < 2000 gram atau ≥ 2000 gram tetapi bermasalah harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
- d. Rencana perawatan : untuk semua bayi dengan berat 2000 -2499 gram :
 - a) Jaga bayu tetap hangat
 - b) Mendoring ibu menetek (Memerah colostrum dan memberikan dengan cangkir atau sendok) sesegera mungkin dan selanjutnya setiap 2-3 jam.
 - c) Periksa tanda vital (Pernapasan, suhu, warna kulit) setiap 30-60 menit selama 6 jam.
 - d) Ajari ibu dan keluarga menjaga bayi tetap hangat dengan selalu melakukan “kontak kulit dengan kulit”
 - e) Jika suhu ketiak turun dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$: anjurkan ibu untuk melakukan perawatan metode kanguru kontinu. Tutupi bayi ibu

dengan selimut atau kain yang lebih hangat dan tempatkan keduanya diruangan yang hangat.

- f) Sarankan ibu dan keluarga selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang BBLR.
- e. Pemantauan: kunjungi bayi minimal dua kali dalam seminggu pertama dan selanjutnya sekali dalam setiap minggu sampai berat bayi 2500 gram dengan mempergunakan format MTBM. BBLR dapat turun beratnya hingga 10-15% dalam 10 hari pertama kemudian sudah harus naik, paling kurang 20 gram sehari atau 129 gram dalam 6 hari.

II. Menurut Sudarti dkk (2013) perawatan BBLR adalah:

- 3. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara :
 - a. Membungkus bayi dengan selimut bayi yang tebal
 - b. Menidurkan bayi dalam inkubator
 - c. Menjaga suhu lingkungan
- 4. Memberikan nutrisi yang adekuat
- 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan untuk mencegah infeksi
- 6. Observasi KU bayi selama 3 hari, apabila tidak ada perubahan rujuk bayi ke RS.

III. Menurut Sudarti dkk (2013) penanganan BBLR adalah:

1. Puskesmas

- a) Keringkan secepatnya dengan handuk hangat
- b) Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain kering dan hangat.
Pertahankan tetap hangat
- c) Berikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit
- d) Beri lampu watt, dengan jarak minimal 60 cm pada bayi
- e) Kepala bayi ditutupi dengan topi
- f) Beri oksigen
- g) Tali pusat dalam keadaan bersih
- h) Tetesi ASI bila dapat menelan

2. Rumah sakit

- a) Beri minum dengan sonde/ tetesi ASI
- b) Bila tidak mungkin, infuse dekstrore 10%+ bicarbonas Natrcus
1,5%=4:1, hari I: 60cc/kg/hari, hari II: 70cc/kg/hari.
- c) Antibiotika
- d) Bila tidak dapat menghisap putting susu/ tidak dapat menelan langsung / sesak/ biru/ tanda- tanda hipotermi berat, terangkan kemungkinan akan meninggal.

IV. Menurut Pantiawati 2010 perawatan BBLR adalah:

1. Hal utama yang perlu dilakukan adalah mempertahankan suhu tubuh normal:
 - a) Membersihkan jalan nafas.
 - b) Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat.
 - c) Membersihkan badan bayi dengan kapas baby oil.
 - d) Memberikan obat mata.
 - e) Membungkus bayi dengan kain hangat.
 - f) Pengkajian keadaan kesehatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah.
2. Medikamenta
Pemberian injeksi vit K₁ injeksi 1 mg IM sekali pemberian
3. Dietetik
Pemberian nutrisi yang adekuat
 - a) Apabila daya isap belum baik, bayi dicoba untuk menetek sedikit demi sedikit.
 - b) Apabila bayi belum bisa menetek pemberian ASI diberikan melalui sendok atau pipet.
 - c) Apabila bayi belum ada reflex menghisap dan menelan harus dipasang sonde feeding.
4. Suportif
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara:

- a. Membungkus bayi dengan menggunakan selimut bayi yang dihangatkan terlebih dahulu.
 - b. Menidurkan bayi didalam incubator buatan yaitu dapat dibuat dari keranjang yang pinggirnya diberi penghangat dari buli- buli panas atau botol yang diisi air panas. Buli –buli panas atau boto- botol ini disimpan dalam keadaan berdiri tutupnya ada disebelah atas agar tidak tumpah dan tidak mengakibatkan luka bakar pada bayi. Buli- buli panas atau botol ini pun harus dalam keadaan terbungkus, dapat menggunakan handuk atau kain yang tebal. Bila air panasnya sudah dinging anti airnya dengan air panas kembali.
- b) Suhu lingkungan bayi harus dijaga:
- a. Kamar dapat masuk sinar matahari.
 - b. Jendela dan pintu dalam keadaan tertutup untuk mengurangi hilangnya panas dari tubuh bayi melalui proses radiasi dan konveksi.
 - c. Lampu sorot/ belajar yang jaraknya 30 cm
 - d. Badan bayi harus dalam keadaan kering
 - e. Gunakan salah satu cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi, seperti kontak kulit ke kulit, *kangaroo mother care*, pemancar panas, incubator atau ruangan hangat yang tersedia ditempat fasilitas kesehatan setempat sesuai petunjuk.
 - f. Jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin
 - g. Ukur suhu tubuh dengan berkala.

c) Yang juga harus dioerhatikan untuk penatalaksanaan suportif ini adalah:

- a. Jaga dan pantau patensi jalan nafas.
- b. Pantau kecukupan nutrisi, cairan dan elektrolit.
- c. Bila terjadi penyulit, harus dikoreksi dengan segera (contoh: hipotermi, kejang, gangguan nafas, hiperbilirubinemia).
- d. Berikan dukungan emosional pada ibu dan anggota keluarga lainnya.
- e. Anjurkan ibu untuk tetap bersama bayi. Bila tidak memungkinkan, biarkan ibu berkunjung setiap saat dan siapkan kamar untuk menyusui.

V. Menurut Sudarti dkk (2013) pemberian minum bayi berat badan lahir rendah (BBLR) menurut berat badan lahir dan keadaan bayi adalah

1. Berat lahir 1750- 2500

a. Bayi sehat

- 1) Biarkan bayi menyusu pada ibu sama bayi. Ingat bahwa bayi kecil lebih mudah merasa letih dan malas minum, anjurkan bayi menyusu lebih sering (setiap jam bila perlu)
- 2) Pantau pemberian minum dan kenaikan berat badan untuk menilai efektifitas menyusui. Apabila bayi kurang dapat menghisap tambahkan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternative cara pemberian minum.

b. Bayi sakit

- 1) Bayi dengan berat 1750-2000 gram atau lebih dengan gangguan nafas, kejang dan gangguan minum segera lakukan rujukan.
- 2) Apabila bayi dapat minum per oral dan tidak memerlukan cairan IV, berikan minum seperti pada bayi sehat.
- 3) Apabila bayi memerlukan cairan IV
 - a. Hanya berikan cairan IV selama 24 jam pertama
 - b. Mulai berikan minum peroral pada hari kedua atau segera setelah bayi stabil. Anjurkan pemberian ASI apabila ibu ada dan bayi menunjukkan tanda- tanda siap menyusui.
 - c. Apabila masalah sakitnya menghilangkan proses menyusui
(misalnya gangguan nafas, kejang) berikan ASI perah melalui pipa lambung.
 - d. Berikan cairan IV dan ASI menurut umur

Tabel 2.3 Pemberian Cairan ASI

Hari ke/berat	1	2	3	4	5
>1500 gr	60	80	100	120	150
<1500 gr	60	100	120	140	150

- 4) Apabila masalah sakitnya menghalangi proses menyusui, misalnya gangguan napas, kejang, berikan ASI peras melalui pipa lambung: berikan cairan IV dan ASI menurut umur dan berikan minum 8 kali

dalam 24 jam (misalnya 3 jam sekali). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml per kg BB per hari tetapi masih tampak lapar, berikan tambahan ASI setiap kali minum. Biarkan bayi menyusui apabila keadaan bayi sudah stabil dan bayi menunjukkan keinginan untuk menyusui dan dapat menyusui tanpa terbatuk atau tersedak.

Tabel 2.4 Jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1750-500 gram (Sudarti,2013), adalah :

pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/menit	5	4	3	2	0	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	6	14	22	30	35	36

2. Berat lahir 1500-1749 gram

a. Bayi sakit

- 1) Berikan ASI peras dengan cangkir /sendok. Bila jumlah yang dibutuhkan tidak dapat diberikan menggunakan cangkir atau sendok atau ada resiko terjadi aspirasi kedalam paru (batuk atau tersedak), berikan minum dengan pipa lambung. Lanjutkan pemberian dengan menggunakan cangkir/ sendok apabila bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak (ini dapat berlangsung 1 sampai 2 hari namun ada kalanya memakan waktu lebih dari 1 minggu.

- 2) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam).
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/ kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 3) Apabila bayi telah mendapat minum baik menggunakan cangkir/sendok, coba untuk menyusui langsung.

Tabel 2.5 jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1500-1749 gram,(Sudarti, 2013), adalah:

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Jumlah ASI setiap 3 jam	12	18	22	26	30	33	35

b. Bayi sakit

- 1) Berikan cairan intravena hanya selama 24 jam pertama
- 2) Beri ASI peras dengan menggunakan pipa lambung mulai dari hari ke-2 dan kurangi jumlah cairan intravena secara perlahan.
- 3) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam).
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 4) Lanjutkan pemberian minum dengan menggunakan cangkir/sendok apabila kondisi bayi sudah stabil dan bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak.
- 5) Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

Tabel 2.6 jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1500-1749 gram

(Sudarti,2013), adalah:

pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/menit	4	4	3	2	2	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	6	13	20	24	33	35

3. Berat lahir 1250-1499 gram

a. Bayi sehat

- 1) Beri ASI peras melalui pipa lambung
- 2) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam).
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 3) Lanjutkan pemberian minum dengan menggunakan cangkir/sendok
- 4) Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusu langsung.

Tabel 2.7 Jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1250-1499 gram

(Sudarti,2013),adalah

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Jumlah ASI setiap 3 jam (ml/kali)	10	15	18	22	26	28	30

b. Bayi sakit

- 1) Beri cairan intravena hanya selama 24 jam pertama

- 2) Beri ASI peras melalui pipa lambung mulai hari ke 2 dan kurangi jumlah cairan intravena secara perlahan
- 3) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 4) Lanjutkan pemberian minum dengan menggunakan cangkir/sendok
- 5) Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusu langsung.

Tabel 2.8 jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1250-1499 gram

(Sudarti,2013), adalah :

pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/menit	3	3	3	2	2	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	0	3	5	8	11	15

4. Berat badan < 1250 gram
 - a. Beri cairan intravena untuk 48 jam pertama
 - b. Beri ASI peras lewat NGT
 - c. Beri minum 12x24 jam, tiap 2 jam sekali, bila masih lapar ditambah ASI atau PASI
 - d. Beri minum lewat cangkir per sendok, coba menyusu pada ibunya.

- e. Bila stabil minum lewat cangkir per sendok, coba menyusui pada ibunya.

Tabel 2.9 Menurut jumlah cairan IV dan ASI bayi BBL <2500 gram

(Sudarti,2013), adalah :

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/menit	4	4	3	3	2	2	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	0	3	5	8	11	15

5. Berat lahir tidak tergantung kondisi
 - a. Beri cairan intravena hanya selama 48 jam pertama
 - b. Beri ASI melalui pipa lambung mulai hari ke 3 dan kurangi jumlah pemberian cairan intravena secara perlahan
 - c. Berikan minum 12 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 2 jam). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
 - d. Lanjutkan pemberian minum dengan menggunakan cangkir/sendok
 - e. Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/sendok, coba untuk menyusui langsung.

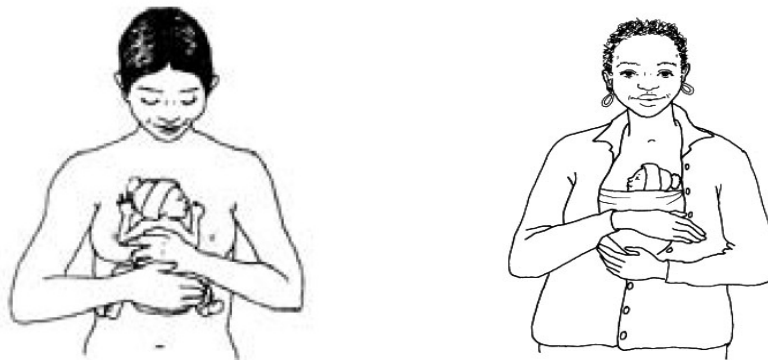
VI. Posisi menyusui yang benar (Sudarti, 2003)

- a) Lengan ibu menipang kepala dan tubuh bayi pada satu garis lurus, muka bayi menghadap kepayudara ibu, hidung bayi didepan puting susu, perut bayi menghadap keperut ibu.
- b) Ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya, bayi siap menyusui membuka mulut, bergerak mencari, dan menoleh.
- c) Bibir bawah bayi melengkung keluar.
- d) Bayi mengisap kuat dan dalam secara perlahan- lahan.
- e) Kadang- kadang disertai dengan berhenti sesaat.

VII. Menurut (Muslihatun 2010 Muslihatun 2010) Perawatan metode kanguru bagi BBLR yaitu

A. Perawatan metode kanguru memiliki 4 komponen

- a. Posisi
- b. Nutrisi
- c. Dukungan
- d. Pemulangan dan pemantauan



Gambar 2.3 Perawatan Metode Kanguru

1) Posisi

Kontak kulit dengan kulit antara bagian depan tubuh bayi dengan dada dan perut ibu, bayi diletakan diantara kedua payudara ibu secara tegak lurus. Kepala bayi sedikit tengadah dan menoleh kekanan/kiri dan posisi ini dipertahankan dengan sehelai kain yang mengelilingi tubuh ibu dan diikat.ibu merupakan sumber panas bagi bayi. Kontak kulit dengan kulit seluas- luasnya dimulai segera setelah lahir dan berlanjut siang dan malam. Bayi hanya memakai topi untuk menjaga kepala tetap hangat dan bayi menggunakan popok yang dilapisi plstik atau pembalut wanita sehingga bayi mendapatkan sumber panas secara terus- menerus melalui konduksi dan radiasi. PMK boleh dilakukan secara bergantian dengan anggota keluarga lainnya seperti ayah, tante, atau nenek.

2) Nutrisi

Pelaksanaan PMK akan dipromosikan pemberianASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi ingin menyusui, sehingga pemberian ASI akan lebih sering dan lama. ASI eksklusif adalah pemberian minum hanya ASI akan lebih sering dan lama. ASI eksklusif adalah pemberian minum hanya ASI sampai bayi berumur 6 bulan. Bayi menetek setelah lahir dan sesuai kebutuhan (sebaiknya setiap 2 jam). Kain penggendong bayi yang mengeliling i ibu dan bayi dilonggarkan pada saat menetek bayi.

3) Memberikan dukungan terhadap ibu dan bayi

Walaupun kebutuhan ibu dan bayi terpenuhi dengan tidak memisahkan mereka. Ibu membutuhkan banyak dukungan dari suami dan keluarga yang lain untuk menjaga kontak yang terus-menerus ini. Di fasilitas kesehatan petugas akan membantu. Dirumah keluarga akan membantu.

4) Pemulangan dan monitoring

Bayi dapat dipulangkan lebih cepat (berat < 2000 gram) dari rumah sakit yang merawatnya dengan catatan ada fasilitas kesehatan yang dapat membantu tumbuh- kembang dan dapat merujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila bayi menunjukkan tanda bahaya.

B. Menolong ibu menjaga bayi tetap hangat dengan kontak kulit dengan kulit.

Mulai kontak kulit dengan kulit segera mungkin setelah bayi lahir. Jika bayi bernapas dengan baik dan tidak memerlukan resusitasi atau tindakan pengobatan, mulai kontak kulit dengan kulit segera mungkin.

Tips untuk menolong ibu dan keluarga menjaga BBLR tetap hangat dengan “kontak kulit dengan kulit”

- 1) Bayi hanya menggunakan topi, kaos kaki, dan popok. Ibu tidak menggunakan baju, kulit bayi harus melekat pada dada ibu yang telanjang (skin to skin contact).

- 2) Letakan bayi diantara kedua payudara ibu dengan kaki bayi dibawah payudara ibu dan tangan bayi diatasnya (tegak lurus). Kepala bayi sedikit tengadah, menoleh kekanan/kiri dan dipertahankan dengan sehelai kain.
- 3) Gunakan kain (baju kanguru) untuk mempertahankan posisi bayi kemudian ibu dapat menggunakan kemeja dengan kancing depan.
 - a. Letakan bagian tengah dari kain menutupi bayi di dada ibu.
 - b. Bungkus dengan kedua ujung kain mengelilingi badan ibu dibawah lengannya ke punggung.
 - c. Silangkan ujung kain dibelakang ibu, bawa kembali ujung kain kedepan.
 - d. Ikat ujung kain untuk mengunci dibawah bayi.
- 4) Topang kepala bayi (kepala bayi sedikit tengadah) dengan menari k pembungkus ke atas hanya sampai telinga bayi atau tulang pipi bayi.

Nasihatilah ibu dan keluarga untuk:

- 1) Tidur dengan bagian atas tubuh meninggi (sekitar 30 derajat) untuk menjaga posisi kepala bayi diatas (dapat menggunakan bantal yang tumpuk).
- 2) Meneteki bayi sesuai permintaan bayi minimal 2 jam
- 3) Gunakan kontak kulit dengan kulit terus- menerus (\pm 20-24 jam sehari)

- 4) Selama PMK bayi harus diawasi apakah ada gangguan pernafasan, kejang atau tanda- tanda bahaya lainnya.
- 5) Anggota keluarga (ayah dan anggota keluarga lainnya) dapat secara bergantian melakukan kontak kulit dengan kulit pada waktu ibu mandi atau harus melakukan kegiatan lainnya.

Lakukan kontak kulit dengan kulit sampai berat bayi minimal 2500 gram atau usia koreksi mencapai 40 minggu atau bayi sudah merasa tidak nyaman (rewel) pada saat digendong dalam posisi tersebut.

C. Pemberian ASI pada BBLR (Sudarti dkk 2013)

Manfaat Air susu ibu (ASI) sebagai berikut:

- a. Makanan sempurna untuk semua bayi (sesuai usianya)
- b. Makanan yang sesuai untuk bayi premature/BBLR
- c. Salah satu bagian penting dari metode kanguru yaitu ASI eksklusif dan tidak dibatasi

Dengan bayi yang sangat dekat dengan ibunya, bayi akan mencium bau ASI dan dapat mulai menghisap ketika lapar.

BBLR memiliki:

- a. Risiko untuk tidak mendapatkan cukup makanan. Mereka memiliki sedikit lemak dan cadangan gizi lainnya ditubuh mereka.
- b. Lambung yang kecil dan tidak dapat minum dalam jumlah banyak. Mereka mudah lelah sehingga diberikan sesering mungkin dengan sendok atau cangkir (2 jam sekali)

- c. Kebutuhan terhadap makanan yang cukup untuk pulih dari saat lahir dan untuk tumbuh, tetapi mereka tidak punya cukup energi untuk menghisap lama- lama.

Bila BBLR tumbuh, mereka mampu untuk minum lebih banyak dan tidak perlu menetek sesering sebelumnya.

Tips untuk menolong ibu meneteki BBLR

- 1) Cari tempat yang tenang untuk meneteki

BBLR dapat memiliki sistem saraf yang belum matang. Suara, cahaya dan aktivitas dapat mengganggu bayi menghisap.

- 2) Peras beberapa tetes ASI di puting payudara untuk membantu bayi mulai menghisap.

- 3) Berikan bayi istirahat sejenak selama saat meneteki. Menetek adalah pekerjaan berat bagi BBLR.

- 4) Air susu yang terlalu deras pada bayi kecil menyebabkan bayi batuk dan cegukan untuk itu lakukan :

- a. Hentikan pemberian ASI untuk sementara
- b. Mulai menyusu kembali setelah pernafasan normal
- c. Apabila ASI masih terlalu deras memancar atau posisi ibu setengah baring.

- 5) Jika BBLR tidak memiliki cukup tenaga untuk mengisap lama atau memiliki refleks mengisap yang cukup kuat :

- a. Ajari ibu untuk memerah ASI

- b. Ajari ibu untuk menyuapi bayinya dengan ASI yang diperah dengan menggunakan cangkir atau sendok (2 jam sekali). Bayi 2000 gram sehat bisa menghisap dan menelan, bila ada masalah harus dirujuk.

2.1.9 Pencegahan Infeksi

Infeksi adalah salah satu penyebab utama kematian bayi baru lahir. Infeksi dapat dicegah dan diobati. penting untuk diingat bahwa infeksi lokal yang kecil dapat meluas dan berbahaya.

1. Infeksi penyebab utama kematian BBL
2. Infeksi lokal yang kecil dapat meluas dan berbahaya
3. Sepsis neonatorum adalah infeksi sistemik berat pada masa neonatal
4. Upaya pencegahan infeksi selama persalinan dan setelah lahir
5. Cuci tangan sebelum memegang bayi
6. Ajari ibu dan keluarganya untuk melakukan PI terutama dengan cuci tangan
7. Obati ibu hamil yang mengalami infeksi
8. Berikan ASI eksklusif
9. Hindari bayi kontak dengan orang yang sakit, isolasi bayi yang sakit
10. Ajari ibu dan keluarga untuk menghindarkan bayi dari orang yang sakit (Sudarti dkk, 2013)

2.1.10 Pemberian Imunisasi Pada BBLR (Sudarti,2013)

Hepatitis B

- a) berat bayi ≥ 2000 gram
 - b) tanpa penyulit BBLR
 - c) diberikan paling cepat 1-2 jam pemberian vitamin K1
- pemberian Imunisasi lain selanjutnya dipuskesmas

2.1.11 Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir Untuk Persiapan Pra Rujukan

- a) Masalah pemberian ASI atau tidak dapat menghisap
- b) Letargi
- c) Gangguan pernapasan
- d) Kejang
- e) Teraba dingin atau panas
- f) Perdarahan tali pusat
- g) Ikterus berat
- h) Muntah terus- menerus dengan perut kembung, diare dan atau darah
- i) Infeksi serta tali pusat, mata atau kulit
- j) Pucat, sianosis/biru pada bibir, lidah, mulut atau bagian akral
- k) Phletora (bayi tampak kemerahan pada muka dan badan).
- l) Biaya
- m) Angkutan
- n) Surat pengantar, dan Orang tua (Sudarti dkk, 2013)

2.1.12 Kriteria Pulang Pada BBLR

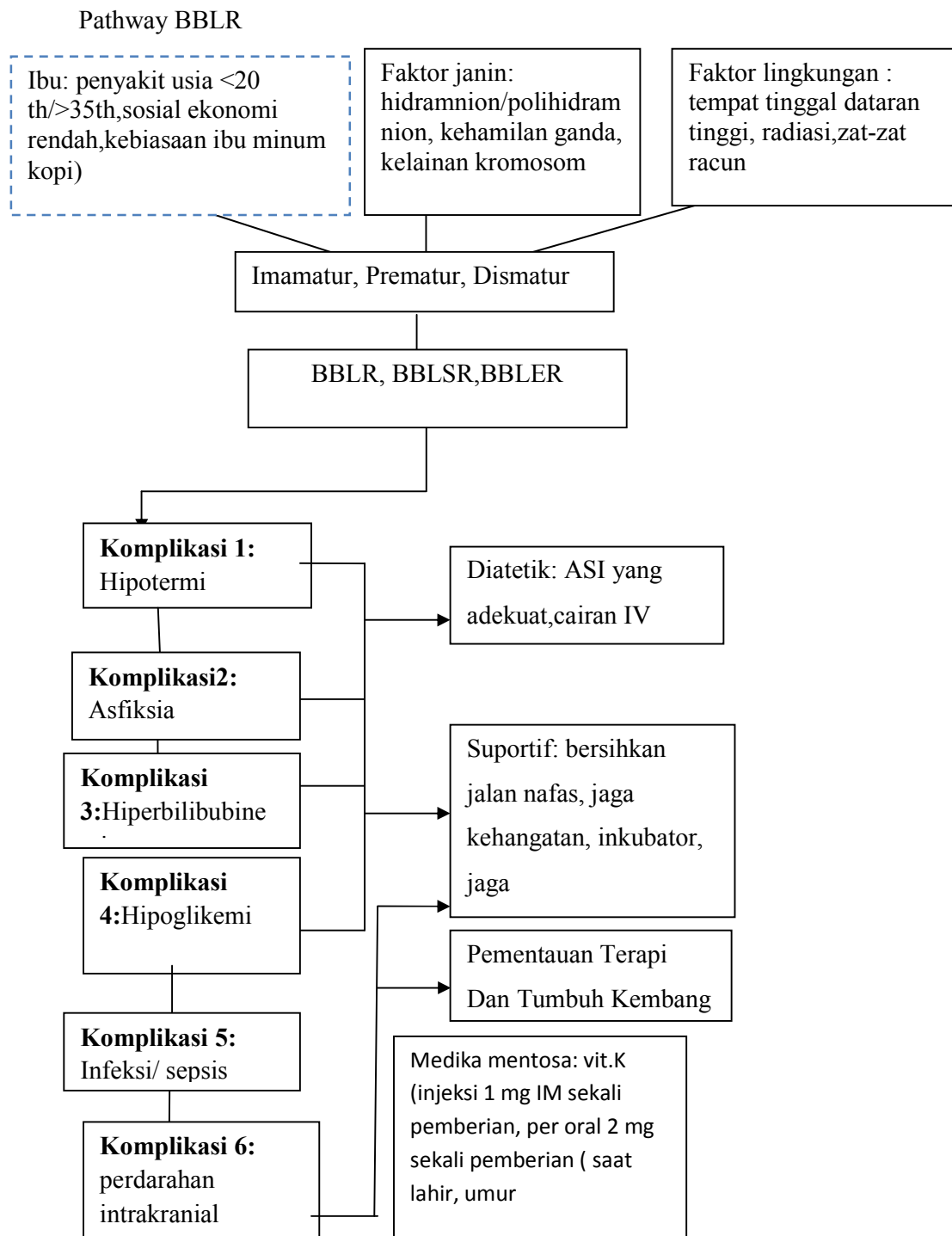
- a. Keadaan umum baik
- b. Mampu mengisap, menetek, menelan
- c. Bias bernafas dengan baik
- d. Suhu tubuh 3 hari berturut- turut stabil (rentang 36,5°C – 37,5°C)
- e. BB 3 hari berturut- turut cenderung naik
- f. Ibu mampu merawat bayinya

2.1.13 Pencegahan

Menurut Pantiawati (2010) ada kasus bayi berat lahir rendah pencegahan/preventif adalah langkah yang penting. Hal-hal yang dapat dilakukan:

1. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kehamilan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang dianggap beresiko, terutama faktor resiko yang mengarahkan melahirkan bayi BBLR harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi pelayanan kesehatan yang lebih mampu
2. Penyuluhan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, tanda-tanda bahaya selama kehamilan agar mereka dapat menjaga kesehatannya dan janin yang dikandung dengan baik

3. hendaknya ibu dapat merencanakan persalinannya pada kurun umur reproduksi sehat (20-30 tahun)
4. Perlu dukungan sektor lain yang terkait untuk turut berperan dalam meningkatkan pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga agar mereka dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal dan status gizi ibu selama hamil.



(Pantiawati,2010)

Gambar 2.4 Pathway BBLR

2. 2 Konsep Manajemen Kebidanan

2. 2.1 Pengertian

Menurut varney (1997) mengatakan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Langkah –langkah manajemen kebidanan:

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan antara lain: Keluhan klien, Riwayat kesehatan klien, Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan, Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap.

Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis sedangkan prihal yang berkaitan dengan berkaitan klien ditemukan dari hasil pengkajian.

Langkah III: Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkain diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis/masalah tersebut benar-benar terjadi. Contoh diagnosis/masalah potensial:

1. Potensial perdarahan pos-partum, apabila diperoleh data ibu hamil kembar polihidramnion hamil besar akibat menderita diabetes.
2. Kemungkinan distosia bahu, apabila data ditemukan adalah kehamilan besar.

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penangan Segera.

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi. Contohnya pada kasus – kasus kegawatdaruratan kebidanan, seperti perdarahan yang memerlukan tindakan KBI dan KBE.

Langkah V: Perencanaan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langka sebelum rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konselin dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien.

Langkah VI: Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

1. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
2. Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif.

(Nanny Vivian, 2010)

2.3 Konsep Asuhan pada BBL dengan NKB-KMK dan BBLR

1. Langkah I : Pengkajian Data Subyektif Dan Obyektif

Dalam tahap ini data atau fakta yang di kumpulkan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir secara lengkap.

A. Data Subyektif

Biodata Data anak Nama bayi untuk menghindari kekeliruan, tanggal lahir untuk mengetahui usia neonates, jenis kelamin untuk mengetahui jenis kelamin bayi, alamat untuk memudahkan kunjungan rumah. Biodata orang tua untuk memudahkan memanggil/menghindari kekeliruan, umur untuk mengetahui apakah ibu atau suami termasuk resiko tinggi/tidak, pekerjaan untuk mengetahui tingkat social ekonomi, pendidikan untuk memudahkan pemberian KIE, agama untuk mengetahui kepercayaan yang dianut, alamat untuk memudahkan komunikasi dan

kunjungan rumah, penghasilan untuk mengetahui taraf hidup ekonomi dan berkaitan dengan status gizi pada ibu hamil. Dari data subyektif lihat juga keluhan utama ibu ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal 04 April 2017 jam 23.³⁵WITA, bayinya lahir dengan berat badan 1500 gram, riwayat kesehatan sekarang untuk mengetahui kondisi bayinya, riwayat prenatal, natal dan neonatal, prenatal untuk mengetahui kondisi ibu selama hamil apakah ada komplikasi atau tidak, HPHT ibu, periksa kehamilan dimana, berapa kali serta mendapatkan obat apa saja dari petugas kesehatan, penyakit ibu selama hamil seperti hipertensi, diabetes mellitus, anemia dan toksemia, kenaikan berat badan badan saat hamil, natal untuk mengetahui cara persalinan, tolong oleh siapa, apakah ada penyulit, warna air ketuban saat lahir. Neonatal untuk mengetahui apakah bayi minum ASI atau Pasi, berapa berat badan lahir, panjang badan, apakah bayi langsung menangis atau tidak riwayat kebutuhan sehari-hari yaitu istirahat, eliminasi, dan nutrisi pada bayi baru lahir dengan NKB-KMK dan BBLR (Sondak Jenny, 2013).

B. Data Obyektif

Didapatkan dari data obyektif pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan reflex, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan umum, keadaan umum KU Baik/lemah. Kesadaran Composmentis adalah kesadaran penuh, respon cukup terhadap Rangsangan, apatis: acuh tak acuh terhadap keadaan sekitar, samnolen : tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tiidak member respon terhadap

ringan tetapi masih pada rangsangan kuat, supor hanya berespon terhadap rangsangan kuat dengan reflek pupil terhadap cahaya, koma tidak ada respon terhadap rangsangan apapun. TTV antara lain suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (normal), bila suhu $<36,5^{\circ}\text{C}$: hipotermi dan $>37,5^{\circ}\text{C}$: hipertermi. HR 120-160X/menit (Normal), bila HR <120 dan >160 : asfiksia, RR 40-60x/menit (Normal), bila RR <40 brakipnea dan >60 x/menit takipnea, pemeriksaan antropometri meliputi : $\text{BB} \leq 2500-4000$ gram, PB : 45 cm LK ≤ 33 cm, LD ≤ 30 cm. pemeriksaan fisik (Head To toe), kepala : adakah caput succedaneum, chepal hematoma, keadaan ubun- ubu tertutup. Muka: warna kulit merah atau tidak. Mata: skleah putih/ tidak konjungtiva ada perdarahan subconjungtiva/ tidak. Hidung : lubang simetris/ tidak tidak ada serumen. Leher : tidak ada pembesaran kelenjara tyroid, pembesaran bendungan vena jugularis. Dada : simetris, tidak ada retraksi dada. Tali pusat : bersih tidak ada perdarahan terbungkus kassa. Abdomen : simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi. Genitalia : untuk bayi laki- laki testis sudah turun , untuk bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Anus : tidak terdapat atresia ani. Ekstremitas: tidak terdapat polidaktil dan syndakili. (Sondakh Jenny, 2013)

2. Langkah II : Interpretasi data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data- data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis

yang ditegakan oleh profesi (bidan) dalam lingkungan praktek kebidanan.
(Sudarti dkk,2010)

3. Langkah III : Identifikasi Diagnosa Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap- siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar- benar terjadi. (Sudarti dkk,2010). Pada kasus BBLR potensial dapat terjadi gangguan pola napas, hipotermi, hipoglikemi, infeksi dan gangguan kebutuhan nutrisi. (Sudarti dkk,2010)

4. Langkah IV : Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. (Sudarti dkk,2010). Tindakan antisipasi agar diagnose potensial tidak terjadi pada kasus BBLR ini adalah penghangatan bayi, pemberian ASI dini dan eksklusif pencegahan infeksi, pemantauan tanda bahaya. (Sudarti dkk,2010)

5. Langkah V : Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses

perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

Rencana asuhan menyeluruh pada BBLR sehat sebagai berikut :

- a. Penghangatan bayi dengan KMC (kangaroo mother care)
- b. Pemberian ASI dini dan Eksklusif
- c. Pencegahan infeksi
- d. Pemberian Imunisasi
- e. Pemantauan tanda bahaya dan persiapan para rujukan jika perlu selain rencana asuhan diatas adapun beberapa asuhan yang harus diberikan pada bayi diantaranya:
 - a) Kaji tanda- tanda vital
 - b) Meningkatkan dan menjaga asupan kalori dan status gizi bayi
 - c) Pastikan tingkat respon terhadap rangsangan tersendiri
 - d) Berikan KIE kepada orang tua mengenai perawatan bayi di rumah (Surasmi,dkk 2003).

6. Langkah VI : Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksana dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. (Sudarti dkk,2010)

- a. Penghangatan bayi dengan KMC (kangaroo mother care)
- b. Pemberian ASI dini dan Eksklusif
- c. Pencegahan infeksi

- d. Pemberian Imunisasi
- e. Pemantauan tanda bahaya dan persiapan para rujukan jika perlu selain rencana asuhan diatas adapun beberapa asuhan yang harus diberikan pada bayi diantaranya:
 - a) Kaji tanda- tanda vital
 - b) Meningkatkan dan menjaga asupan kalori dan status gizi bayi
 - c) Pastikan tingkat respon terhadap rangsangan tersendiri
 - d) Berikan KIE kepada orang tua mengenai perawatan bayi dirumah (Surasmi,dkk 2003).

7. Langkah VII: Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan terus- menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. (Fauziah Afroh dkk 2010)

Evaluasi juga sebagai upaya memberikan penilaian terhadap manajemen kebidanan ataupun suatu kegiatan yang sedang dijalankan. Asuhan kebidanan perlu dievaluasi untuk meningkatkan kualitas asuhan yang akan diberikan berikutnya. disamping itu dapat pula dipakai sebagai rujukan dalam memberikan laporan yang tepat.

(Fauziah Afroh dkk 2010).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian meliputi identifikasi suatu peristiwa, variable mengembangkan teori dan operasional definisi dari variable. Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti bisa diterapkan (Nursalam, 2003). Karena tujuan penelitian adalah untuk menjelaskan memberi suatu nama situasi atau fenomena dalam menemukan ide baru dan untuk mengetahui kasus persalinan normal maka desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus (Nursalam, 2003).

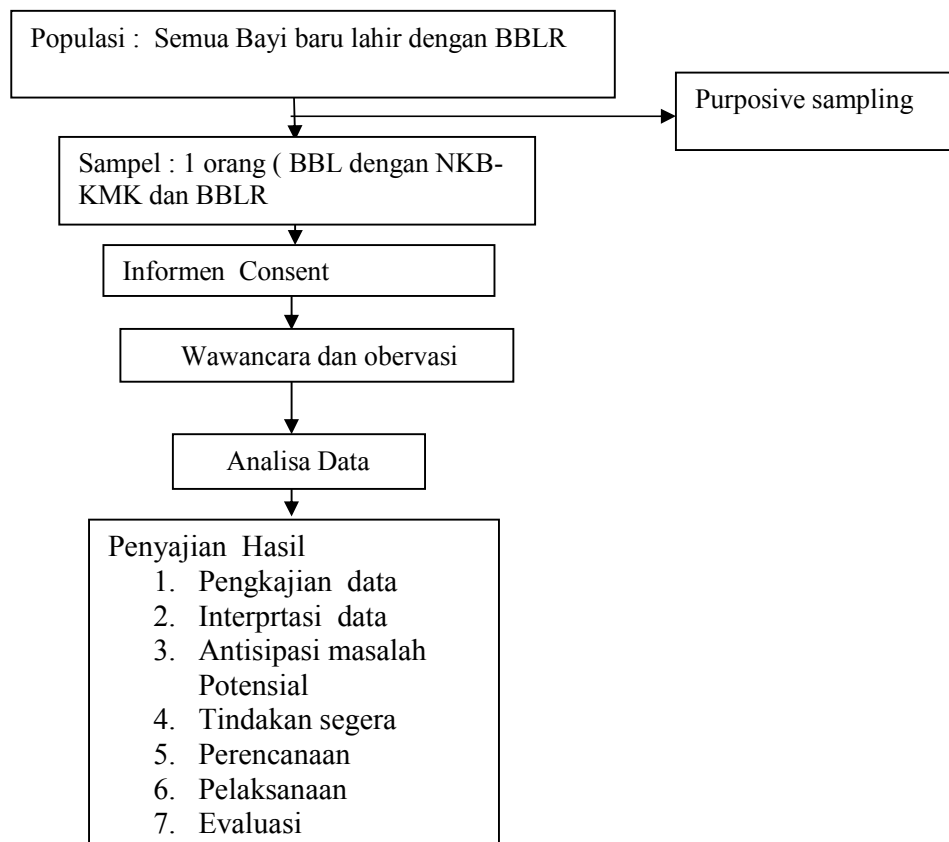
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan Penelitian adalah suatu rencana struktur dan strategi yang dipilih oleh peneliti dalam upaya menjawab masalah penelitian. (Supardi Sudibyo, dkk 2014) rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus menghasilkan data untuk selanjutnya dianalisis untuk menghasilkan teori.

3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah- langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian mulai dari desain hingga analisis data. (Hidayat Aziz,2012).

Penelitian ini adalah deskriptif studi kasus dimana pasien yang diambil berjumlah satu orang dengan diagnose neonateus kurang bulan kecil masa kehamilan dengan BBLR.



Sumber : (Hidayat Aziz,2012)

Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

3.3 Lokasi dan waktu pelaksanaan penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan diruangan NICU RSUD.Prof.DR W.Z Johannes Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 04 - 17 April 2017

3.4 Populasi dan sampel

3.4.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Bukan hanya obyek atau subyek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subyek atau obyek tersebut. (Hidayat Aziz,2012) populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi baru lahir di RSUD. Prof.Dr W.Z Johannes Kupang, periode januari-desember 2016, sebanyak 582 orang

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagai jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian keperawatan, criteria sampel meliputi criteria inklusi dan criteria eksklusi, dimana criteria itu menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan. (Hidayat Aziz,2012). Sampel pada penelitian ini adalah seorang bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah di RSUD.Prof.DR W.Z. Johannes kupang.

3.5 Teknik dan Instrument Pengambilan data

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah- langkah dalam pengumpulan data tergantung dari desai penlitian dan teknik instrument yang dipergunakan. Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain yaitu data primer dan sekunder. (Nursalam,2003).

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti langsung dari sumber data atau responden. (Supardi Sudibyo,dkk 2014)

a) Wawancara

Wawancara adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pertanyaan yang diajukan secara lisan kepada responden untuk menjawabnya. Wawancara bisa dilakukan secara tatap muka antara peneliti dngan responden atau cara lain, misalnya melalui telpon. (Supardi Sudibyo,dkk 2014) Pada pengambilan kasus ini penulis dapat melakukan wawancara dngan pasien dan tenaga medis untuk mendapatkan data subyektif.

b) Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu obyek atau proses baik secara visual menggunakan pancaindra (penglihatan, penciuman, pendengaran, perabaan), atau alat, untuk memperoleh informasi yang diperlukan dalam upaya menjawab masalah penelitian. (Supardi Sudibyo,dkk 2014). Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang telah tersedia hasil pengumpulan data untuk keperluan tertentu, yang dapat digunakan sebagian atau seluruhnya sebagai sumber data penelitian. (Supardi Sudibyo,dkk 2014). Data sekunder terdiri dari:

i. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan penelitian. Selain itu studi kepustakaan juga merupakan dokumentasi dari tinjauan menyeluruh terhadap karya publikasi dan nonpublikasi, sehingga peneliti bisa memastikan bahwa tidak ada variabel penting di masa lalu yang ditemukan berulang kali mempunyai pengaruh atas masalah, yang terlewatkan. Studi kepustakaan yang baik akan menyediakan dasar untuk menyusun kerangka teoritis yang komprehensif dimana hipotesis

dapat dibuat untuk diuji. Dua macam pustaka yang dapat dijadikan bahan pustaka dalam penelitian adalah pustaka primer yang merupakan daftar bacaan dari hasil penelitian atau studi pustaka yang diperoleh dari jurnal penelitian/ jurnal ilmiah dan pustaka primer yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, teks, indeks, ensiklopedia. (Hidayat Aziz,2010)

ii. Studi dokumentasi

Adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pada studi kasus ini menggunakan buku register yang ada di ruangan NICU RSUD.Prof.DR WZ Johannes Kupang.

2. Instrument Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada bayi baru lahir sebagai data untuk catatan perkembangan.

3.6 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan factor penting yang juga perlu diperhatikan ketika peneliti hendak terjun dan mencari data di lapangan ialah, bahwa mereka harus selalu memperhatikan kode etik penelitian. (Sukardi,2003)

a). Informed Consent

Informed consent ini merupakan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Pemberian informed consent ini bertujuan agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya.

Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati keputusan tersebut. (Hidayat Aziz,2012).

a) Anonimity (Tanpa Nama)

Anonimity berarti tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, (kuesioner). Penliti hanya menuliskan kode pada lembar pngumpulan data tersebut.

b) Kerahasiaan (Confidentiality)

Sub bab ini menjelaskan masalah- masalah respon yang harus dirahasiakan dalam penelitian. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian. (Hidayat Aziz,2012).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 Hasil Penelitian Studi Kasus

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa 5 April 2017 pukul : 03.30 wita di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Hasil pengkajian dilakukan pada data subyektif asuhan kebidanan yang didapat dari By. Ny D.L umur 28 tahun dan Tn.S.L umur 31 tahun, agama Kristen Protestan, suku Timor/ Indonesia, SMP dan suami SMP, pekerjaan IRT dan suami Swasta, alamat, Alak Kecamatan Maulafa. Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal 04-April 2017 jam : 23,³⁵ wita, dengan berat badan 1500 gram. Pada riwayat ANC ibu mengatakan selalu memeriksa kehamilan di Puskesmas selama hamil. Riwayat Natal kurang bulan.

Hasil pengkajian data obyektif pemeriksaan keadaan umum bayi lemah, tangis bayi: Lemah. Tanda- tanda vital : suhu : 35°C, HR : 120 x/menit, pernapasan : 60 x / menit, pemeriksaan antropometri : berat badan 1500 gram, lingkar perut : 27 cm, PB:44 cm, LK:29 cm, LD: 27 cm. pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi : kepala dan ubun- ubun tidak ada cephalhaematoma, tidak ada caput succedaneum. Wajah : tidak ada ikterik, tidak sianosis, dan tidak berkerut mata : simetris, sclera putih, mata bisa terbuka dengan baik. Telinga : simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata, bentuk dan kekerasan daun telinga sudah baik. Mulut : tidak ada labioskizis, dan labiopalatoskizis dan mukosa bibir lembab. Hidung : tidak ada pengeluaran lendir,

tidak ada pernapasan cuping hidung. Dada : tidak ada retraksi dinding dada, pada payudara areola agak menonjol 3-4 mm. perut : tidak ada penonjolan sekitar tali pusat dan tidak ada perdarahan tali pusat, tidak kembung dan ada bising usus. Punggung : tidak ada fraktur, tidak ada massa atau benjolan di punggung. Kulit : kemerahan, tampak gambaran vena nilai satu, lanugo halus nilai dua . Ekstremitas atas : polidaktil tidak ada, bentuk simetris, pergerakan aktif, kuku jari pendek,. permukaan plantar: garis kaki diseluruh telapak nilai empat, payudara: areola agak menonjol, bantalan 1-2 mm nilai dua, mata atau telinga: lengkung terbentuk baik, lunak, tapi rekoli baik nilai dua, Genetalia : testis sudah turun rugae jelas nilai tiga. Anus : atresia ani tidak ada, mekonium ada.

Hasil pemeriksaan maturitas neuromuscular di dapatkan nilai 15. pemeriksaan neuromuscular: Postur : dinilai dari bayi dalam posisi terlentang dan tenang. Jendela pergelangan tangan : tangan bayi difleksikan diantara ibu jari dan telunjuk pemeriksa lalu diukur sudut antara *hypotbenar eminence* dengan *forearm*. Gerakan lengan membalik : bayi tidur terlentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut-dada (*knee-chest position*). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut. Sudut poplitea : bayi tidur telentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut- dada (*knee-chest position*). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut. Tanda selendang : posisi terlentang, peganglah salah satu lengan bayi dan usahakan tangan tersebut mencapai leher posterior dari bahu sisi lainnya. Angkat dan geserlah siku bayi diatas dadanya dan lihat sampai dimana siku tersebut dapat digeser. Makin muda bayi makin muda

menggeser sikunya melewati garis tengah kesisi lain. Lutut ke telinga : posisi terlentang, gerakan kaki bayi ketelinga dari sisi yang sama. Perhatikan jarak yang tidak mencapai telinga dan ekstensi lutut. Dari hasil perhitungan kematangan neuromuscular didapatkan nilai 15 dari jumlah kriteria dibawah ini: Sikap tubuh:1, Pergelangan tangan:3, Rekol lengan:2, Sudut poplitea:3, Tanda salempang :3, Tumit kekuping :2 (Asrining 2003).

Hasil penjumlahan aspek kematangan fisik dan maturitas neurologis adalah 30. Perkiraan usia kehamilan berdasarkan skor diatas adalah berada pada usia kehamilan 36 minggu. (Asrining Surasning dkk 2003). dari hasil pemeriksaan pertumbuhan janin dan perkiraan usia kehamilan, bayi ini tidak cukup bulan dan kecil masa kehamilan karena mempunyai berat badan 1500 gram dan masa gestasi kurang dari 37 minggu Sehingga bayi ini tidak cukup bulan dan kecil masa kehamilan. Pemeriksaan refleks: Refleks Menggenggam ada, Pemeriksaan penunjang laboratorium: Hemoglobin; 17,4 gr%, leukosit ; 15,8 ul, glukosa; 95 mg/dl, jumlah trombosit;151 ul.

Berdasarkan data pengkajian yang didapat maka Diagnosa yang ditegakan pada By.Ny.D.L adalah Bayi Baru Lahir Dengan neonatus kurang bulan kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah. Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakan didapatkan masalah potensial yang dapat terjadi pada bayi adalah Resiko terjadinya hipotermi dan hipoglikemia.Tindakan segera yang dilakukan yaitu hangatkan bayi di infant warner, dan lakukan Kolaborasi dokter.Hasil kolaborasi: - pasang infus D10% 6 tetes per menit, Ampisilin 2x70 mg/IV, O2 1 liter per menit, Gentamisin 1x75 mg/IV, Cek darah lengkap. Dan

pada jam 04.00 wita : - pasang infuse D10% 6 tetes per menit (Mikro drip),
injeksi ampicilin 70 mg/IV, melayani injeksi neo K 1 mg, memberikan salf mata.

Perencanaan asuhan pada By Ny. D.L yaitu Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya. Rasionalnya Ibu dan keluarga berhak untuk mengetahui kondisi bayinya agar lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada bayi, Rasionalnya Menghindari infeksi nosokomial. Observasi tanda- tanda vital bayi Rasionalnya Sebagai parameter untuk mengetahui apakah ada infeksi, dan keadaan umum bayi. Anjurkan ibu untuk peras asinya untuk diberikan kepada bayinya setiap 2 jam sekali, Rasionalnya ASI merupakan nutrisi yang tepat untuk bayi. Observasi BAB dan BAK , Rasionalnya BAB dan BAK diharapkan dapat mengetahui kelancaran proses metabolisme BBL. Jaga suhu tubuh bayi untuk mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi dengan memberikan selimut hangat dan letakkan bayi pada incubator Rasionalnya Mengurangi terjadinya penguapan pada suhu tubuh untuk mencegah terjadinya hipotermi. Menggantikan popok bayi yang basah, Rasionalnya Mencegah perpindahan suhu tubuh bayi secara konduksi. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan metode kanguru pada bayi. Rasional melakukan metode kanguru merupakan salah satu cara untuk tetap jaga kehangatan bayi. melakukan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan dokter, memberikan O₂ nasal kepada bayi, memberikan OGT kepada bayi. Rasionalnya Sebagai bentuk tindakan pengobatan dokter, Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, Terapi oksigen sangat membantu kelangsungan hidup bayi dengan masalah pernapasan. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan,

Rasionalnya Sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dalam setiap tindakan yang dilakukan.

Pelaksanaan asuhan pada By Ny. D.L yaitujam 04.30 wita: Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya.keadaan bayi lemah, BB :1500 gram, PB: 44 cm, LK: 29 32 cm, LD: 27 cm, LP: 27 cm. Monitoringya ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, Monitoring sudah dilakukan cuci tangan dengan menggunakan 7 langkah.Mengobservasi kondisi dan TTV bayi, MonitoringS : 35°C HR : 120 x/ menit, RR : 60 x/ menit. Jam 04.35 wita: Menganjurkan ibu untuk mengeluarkan ASInya dengan cara memompa supaya diberikan kepada bayinya tiap 2 jam,Monitoring ASI yang dikeluarkan sebanyak 20 cc.Jam 04.40 Melakukan pemantauan BAB dan BAK, Monitoring ibu mengatakan bayi BAB : Mekonium 1 kali dan BAK : \pm 2 kali.

Jam 04.45 wita: Menggantikan popok bayi yang basah, Monitoring Bayi d alam keadaan bersih. Jam 04.50wita Pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C dengan cara membungkus bayi dengan selimut dan tempatkan bayi dalam infant warner, Monitoring Bayi terbungkus dengan selimut dan rawat bayi didalam infant warner jam 04.55 Melakukan metode kanguru dengan cara bayi diletakan terlungkup didada ibu agar terjadi kontak kulit langsung antara ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat. Rasional Telah dilakukan metode kanguru.

Jam 05.00: Injeksi gentamisin 70 mg/IV, Monitoring Telah dilakukan injeksi, reaksi (-),Memasang O2 1 liter per menit. Monitoring O2 jalan

baik, Mengambil sampel darah untuk cek darah lengkap. Monitoring. Sampel darah sudah dikirim ke lab untuk di periksa. Menghitung ballar score 36 minggu. Monitoring Telah dilakukan. Jam 05.30 wita Menghitung down score 3, monitoring Telah dilakukan, 06.30 wita Mengambil hasil lab konsultasi dengan dokter, Advis: terapi lanjut: 06.40 wita observasi keadaan umum bayi. monitoringn bayi lemah, sesak (+), syanosis (+), merintih (+), terpasang O2 (+) 1 liter per menit, IVFD D10% jalan lancar 6 tetes per menit. 08.00 wita Observasi keadaan umum bayi, monitoring Mengobservasi keadaan umum bayi bayi lemah, sesak (+) tidak syanosis, merintih(+), terpasang O2 (+) 1 liter per menit, IVFD D10% s/d jam 13.⁰⁰ Mengobservasi kondisi dan TTV bayi. monitoring S: 35,7°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 150 kali per menit. Mengobservasi infuse D10%, 6 tetes per menit (mikro drip). Monitoring Infus berjalan lancar 6 tetes per menit (mikrodrip). 09.30 wita Mengukur suhu axilla. Monitoring S: 36,6°C. 10.00 wita Memasang OGT no 5 untuk decompresi, monitoring Telah berhasil memasang OGT. Coba ASI 1 cc/OGT, monitoring Bayi Tidak ada reaksi minum, 13.00 wita Menyambung cairan D10% 70 cc/12 jam 6 tetes per menit s/d jam 01.⁰⁰, monitoring Infus jalan lancar 6 tetes per menit (mikrodrip).

Jam 14.00 wita 15.00 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak(+), cyanosis(-), merintih(-), bayi tidur, terpasang O2 1 liter per menit. coba ASI 1 cc/OGT, monitoring Telan (+), mual (-), muntah (-). Mengobservasi TTV, monitoring S: 37°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 150 kali per menit. Memonitor infuse D10% s/d jam 01.⁰⁰ monitoring Infus jalan lancar, 6 tetes per menit (mikro drip). 16.⁰⁰ wita Mengobservasi

keadaan umum bayi, monitoringnya Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), , menangis kuat, terpasang O2 I liter per menit, Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), menangis kuat, terpasang O2 I liter per menit. Menginjeksi ampicilin 70 mg/IV, monitoring Reaksi (-). 17.00 Mengukur TTV pada bayi, monitoring S: 36,5°C, pernapasan: 62 kali per menit, HR: 138 kali per menit. Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis(-), , merintih (+), down score 5, terpasang OGT no 5 untuk decompresi. Memasang O2 JR no 5 cmH2O, monitoring Telah berhasil memasang O2 JR. 18.00 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi tidur tenang. 20.00 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi tidur tenang. 20.30 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), terpasang O2 JR bayi tidur tenang, acral hangat sementara dihangatkan di infant warmer.

Jam 21.00 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak(+), syanosis(-), bayi puasa, O2 JR (+), Iufd terpasang D10% s/d 01.⁰⁰. Mengobservasi TTV, monitoring S: 36,5°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 140 kali per menit. Mengobservasi O2 JR, monitoring O2 JR (+). Mengobservasi IVDF D10% 6 tetes per menit (mikro drip), monitoring IVFD jalan lancar, 6 tetes per menit, (mikro drip). 23.00 wita Mengobservasi keadaan umum bayi, monitoring Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), bayi tidur, O2 JR (+), IVFD jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip). 23.05 wita

Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan, Monitoring Sudah dicatat pada lembar observasi dan status.

Evaluasi / catatan perkembangan asuhan kebidanan pada By.Ny.D.L dengan neonatus kurang bulan kecil masa kehamilan dengan berat bayi lahir rendah:

Pada tanggal 06 April 2017 pukul 03.00 **S** : -, **O** : keadaan umum bayi masih sesak bayi tidur tenang, tubuh teraba hangat, terpasang O2 JR, terpasang IVFD D10% 6 tetes per menit (mikro drip), **A** : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan berat bayi lahir rendah umur 2 hari , **P** :- kaji tanda-tanda distress pernapasan observasi TTV, Rawat bayi dalam infant warmer, Hindari kehilangan panas secara evaporasi, radiasi, konduksi, konveksi, Rawat tali pusat. Berikan antibiotic sesuai program pengobatan dokter.

Therapy lanjut: Ampicilin 2x75 mg /IV, , Gentamicin 1x 5,6 mg/IV, Aminopilin 1x3,6 mg /IV, Ranitidine 1x2,1 mg. 04.00 : menyuntik Ampicilin 75 mg /IV, 05.00 : 1. Mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 56 kali per menit, HR: 130 kali per menit. 2. melakukan personal hygiene, 3. merawat tali pusat, 4. mengganti popok bayi, 06.30 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), menangis (+), O2 JR (+), terpasang infuse D10% 6 tetes per menit s/d jam 13.⁰⁰. 07.00 : mengobservasi keadaan umum bayi, sesak (+), sianosis (-), aktif cukup, O2 JR (+), terpasang infuse D10% 6 tetes per menit s/d jam 13.⁰⁰. 07.30 : mengobservasi TTV: S: 36°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 130 kali per menit. 08.00 : mengontrol infus jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip). 09.00 : mempertahankan posisi O2 dengan baik. 10.00 : mengontrol infuse jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip) Jam 11.30:- mengobservasi TTV: S: 36,8°C,

pernapasan: 50 kali per menit, HR:130 kali per menit. - mengganti pempres bayi karena BAK.12.30 : mengatur posisi tidur kepala semiektensi. 13.00 : menyambung cairan IVFD D10% 168 cc/24 jam, 7 tetes per menit (Mikro). 14.00 : mengobservasi keadaan umum bayi: sesak (+), syanosis (-), aktif, menangis kuat (+), bayi puasa (+), OGT decompresi (+), O₂ JR (+), infus D10% s/d jam 01.⁰⁰.jalan lancar 7 tetes per menit, bayi rawat dalam incubator.15.00: - mengukur TTV: S: 36,7°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 130 kali per menit. - mengganti popok bayi BAK (+). Jam 16.00: menyuntik ampicilin 75 mg/IV. 17.00 : menyuntik Gentamicin 5,6 mg/IV. 18.00 : mengobservasi infuse jalan lancar 7 tetes per menit s/d jam 01.⁰⁰. 20.30 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), RDD (+), syanosis (-), puasa (+), O₂ JR (+), infuse D10% 7 tetes per menit s/d jam 01.⁰⁰ jalan lancar.21.00: - mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), RDD (+), menangis (+), kadang merintih, terpasang O₂ JR PEEP 5 cmH₂O, puasa OGT compresi (+), bayi dihangatkan di incubator.-. Mengukur TTV: S: 38⁰C, pernapasan: 70 kali per menit,HR: 130 kali per menit. -. Mengobservasi infuse D10% 7 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 01.⁰⁰ hematoma (+). 21.30: - aff infus karena hematoma. - memasang ulang infus D10% 6 tetes per menit (mikro drip) berhasil.22.00 : - melayani injeksi Aminopilin 3,6 mg /IV, reaksi (-).- menginjeksi ranitidine 2,1 mg/IV, reaksi (-). - mengukur suhu 36,8°C.

Jam 23.00: Observasi keadaan umum sesak (+) syanosis (-) aktif cukup,menangis kuat, RDD (+),O₂ JR (+). 00.00 : Observasi keadaan umum sesak (+) syanosis (-) aktif cukup,menangis kuat, RDD (+),O₂ JR (+).

Pada tangga 7-April – 2017, pukul 02.00 wita **S** : -, **O** : Ku : bayi sesak (+) cyanosis (-) RDD (+), bayi tidur tenang O2 JR (+), **A**: Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan Berat bayi lahir rendah umur 3 hari, **P** :- cuci tangan 6 langkah, Kaji tanda- tanda distress pernapasan, Observasi TTV tiap 3 jam, Pertahankan O2 JR Berikan antibiotic sesuai program pengobatan dokter. Therapy lanjut : Ampicilin 2x75 mg /IV, Aminopilin 2x3,6 mg / IV, Ranitidine 1x2 mg, melayani ASI 2 cc.

Jam 04.00 : - memberi injeksi ampisilin 75 mg/IV, reaksi (-). -mengukur TTV: S:37,5°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 140 kali per menit.
 05.00 :melakukan personal hygiene. - merawat tali pusat (tali pusat masih basah).
 06.00 : memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV, reaksi (-). 07.00 : mengobservasi bayi sesak (+), syanosis (-), menangis kuat kadang merintih, gerak cukup, terpasang O2 JR, bayi puasa OGT decompresi (+), residu lambung (+), infuse D10% 6 tetes per menit (mikri drip) s/d jam 13.00, bayi dihangatkan di infant warmer .07.30:mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), RDD ringan (+), bayi dihangatkan di incubator.- Mengobservasi infus D10% 6 tetes per menit (mikro drip), jalan lancar. 08.00 : mengobservasi bayi, tidur tenang, sesak (-), syanosis (-).09.00 : mengobservasi bayi, tidur tenang, sesak (-), syanosis (-).09.20: - visite advis dokter - aff O2 JR. 10.00: melayani injeksi ranitidine 2 mg/IV reaksi (-)10.20: - menyiapkan bayi untuk transfusi plasma 20 cc- mengobservasi TTV: S: 36,1°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 130 kali per menit- melayani spooling Nacl 1 cc. 10.30 :- memeriksa No BAG S0190864 gol darah AB Rh (+),

melayani transfuse plasma 20 cc/2 jam /10 cc /jam. 11.00 : mengobservasi reaksi transfuse (negative). 12.00 : melayani ASI 1 cc/OGT, jalan (+), mual (-),muntah (-).- Mengganti pempers, BAB/BAK (+). 12.30: - syring pump alarm , transfuse plasma selesai. - melayani spoling Nacl 2 cc. 13.00 : menyambung cairan infuse D10 95 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip),s/d jam 01.00. 14.00: memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV reaksi (-). 14.30: -mengobservasi keadaan umum bayi sesak (-) syanosis (-), menangis kuat (+) bayi minum 1 cc/ oral telan (+), mual (-), muntah (-), IVFD terpasang D10% 8 tetes per menit (mikri drip), s/d jam 01.⁰⁰. - mengobservasi TTV: S: 36,3°C, pernapasan: 44 kali per menit, HR: 120 kali per menit. - mengobservasi IVFD D10% 8 tetes per menit (mikro drip) jalan lancar.16.00 : melayani injeksi ampisilin 75 mg/IV, jalan lancar.

Jam 17.00 : mengobservasi TTV: S: 36,6°C, pernapasan: 40 kali per menit, HR: 120 kali per menit. - mengganti popok (BAK +). 18.00: member minum ASI 1 cc/ oral, telan (+), mual-muntah (-), 20.00 : mengontrol bayi sesak/syanosis (-), akti, menangis kuat.21.00: - mengobservasi bayi sesak (+), cyanosis (-), RDD (+), menangis kuat, gerak aktif, terpasang O2 JR 5 cmH2O,bayi dihangatkan di infant warner. mengukur TTV: S: 36,7°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 148 kali per menit.Memonitor infuse D10% 8 tetes per menit, jalan lancar s/d jam 01.⁰⁰. 22.00:memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV, reaksi (-). - mengganti pempers BAB (-),BAK (+). 23. 00 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), RDD (+), bayi tidur tenang. 23.30 : memindahkan bayi dari infat warner ke incubator degan

setianya, suhu incubator 35°C. 23.45: - aff infus karena hematom, - memasang ulang infuse D10% 98 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 13.⁰⁰.

Pada tanggal 08 April 2017, pukul 03.00 wita: **S** : - **O** : ku : sesak (+), cyanosis (-), **A** : Neonatu Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan Berat Bayi lahir rendah umur 4 hari, **P** :- rawat bayi dalam lingkungan thermal neutral, Cuci tangan 6 langkah, Observasi TTV tiap 3 jam Berikan antibiotic sesuai program pengobatan dokter. Therapy lanjut: Ampicilin 2x75 mg/IV, Gentamisin 1x5,6 mg/IV, Aminopilin 3x3,6 mg/IV, Ranitidine 1x2 mg/IV, Transfuse plasma 20 cc. jam 04.⁰⁰: - mengukur TTV: S: 36,5°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 140 kaliper menit.- menginjeksi ampicilin 75 mg/IV, reaksi (-). 05.⁰⁰ :- menginjeksi gentamisin 5,6 mg/IV, reaksi (-). - melakukan personal hygiene. - merawat tali pusat bayi. - mengatur posisi tidur bayi. 06.00 : meginjeksi aminopilin 3,6 mg/IV, reaksi (-). 07.⁰⁰ : mengobservasi bayi sesak (+), syanosis (-), menangis kuat, gerak aktif, bayi akral hangat, infus D10% 8 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 13.⁰⁰, bayi rawat didalam incubator. 08. per menit, HR: 160 kali per menit. 09.45 : visite dokter: FFP 20 cc selama 2 hari 1 jam 10 cc, therapy lanjutkan. 10.00 : mengambil darah untuk cek eristrosit telah berhasil. 10.²⁰ : mengirim sampel darah ke lab. 11.⁰⁰ :- mengukur TTV: S: 37,7°C, pernapasan: 64 kali per menit, HR: 150 kali per menit. - Mengganti pempers (BAK +). 13.⁰⁰ : menyambung cairan D10% 98 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 01.⁰⁰. 13.45: - menyiapkan bayi untuk transfuse plasma 20 cc. - mengukur TTV: S: 36,5°C, pernapasan: 62 kali per menit, HR: 150 kali per menit. - menginjeksi aminopilin 3,6 mg/IV reaksi (-). 14.00 : melayani Nacl 2 cc spuit. 14.05: -

memeriksa no bag 50214815.gol darah AB Rh (+). - melayani transfuse plasma 20 cc/2 jam/ 10 cc/jam. 14.10 : mengobservasi reaksi transfuse, reaksi (-). 14.30 : mengobservasi TTV: S: 37,2°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 136 kali per menit. 15.00 : mengontrol infus/ plasma jalan lancar 10 cc/ jam. 15.15 : mengontrol reaksi plasma, reaksi (-). mengukur TTV: S:38°C, pernapasan: 48 kali. 15.30 : mengontrol infus, phlebitis (-), plasma jalan lancar. 16.00 : mengontrol plasma sering pump alarm transfuse plasma selesai. 16.05: - menyambung cairan D10% 98 cc/ 12 jam 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 01.00. - menginjeksi Ampicilin 75 mg/IV, reaksi (-). 16.30 : mengontrol keadaan umum bayi sesak/ syanosis (-). 17.30: - mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 148 kali per menit. 21.00 : - mengobservasi keadaan umum bayi sesak(-), syanosis (-), terpasang OGT (+), minum 1 cc//oral telan (+), mual-muntah (-), IVFD (+) D10% 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 01.⁰⁰. - mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 130 kali per menit. 22.00: mengobservasi IVFD, menetes jalan lancar 8 tetes per menit, hematoma (-), mengganti popok BAB/BAK (+), melayani injeksi ranitidine 2 mg/IV, reaksi (-) melayani injeksi aminopilin 3,6 mg/ IV, reaksi (-). 23. 00 : mengobservasi keadaan umum bayi sesaka (-), cyanosis (-), bayi tidur tenang, mual- muntah (-), kembung (-). 24.00 : melayani minum ASI 1 cc/ oral, telan (+), mual-munta (-), kembung (-).

Pada tanggal 09-April -2017 jam 01.⁰⁰ wita: Bayi masih rawat diruang NICU RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang, dan masih dalam perawatan dokter.

4.2 Pembahasan

Dalam Pembahasan ini penulis akan membahas mengenai asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah varney, pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah di ruang Nicu RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang tanggal 04 s/d 17 April 2017, mulai dari pengkajian, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, dan evaluasi.

Pengkajian

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anmnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital. (Estiwidani dkk;2008).

Data subyektif yang dikaji pada bayi BBLR adalah apakah ibu selama hamil pernah mengalami hipertensi, preeklamsia, kehamilan kembar, anemia berat, dan adanya penyakit infeksi, umur kehamilan cukup bulan atau tidak. Sedangkan data obyektif yang diambil yaitu pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik. Bayi BBLR dengan prematuritas murni memiliki karakteristik berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 47 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, masa gestasi kurang dari 37 minggu, kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin, kepala lebih besar dari badan, lanugo banyak terutama pada dahi,

pelipis, telinga, dan lengan, lemak subkutan kurang, ubun- ubun dan sutera lebar, rambut tipis halus, tulang rawan dan daun telinga immature, putting susu belum terbentuk dengan baik, pembuluh darah kulit banyak terlihat peristaltic usus dapat terlihat, genitalia belum sempurna, scrotum belum menutupi testis (pada laki- laki), bayi masih posisi fetal, pergerakan kurang dan lemah, refleks menghisap dan menelan belum sempurna. Pada kasus dari data subyektif didapat ibu selalu memeriksa kehamilan.

Sedangkan data obyektif adalah data yang didapat dari hasil pemeriksaan dan observasi melalui pemeriksaan fisik dan antropometri dimana bayi BB : 1500 gram, PB : 44 cm, LK : 27 cm, LD : 27 CM, LP : 29 cm. sedangkan dari pemeriksaan fisik yaitu kulit merah halus, tampak gambaran vena, lanugo umumnya tampak lanugo, permukaan plantar garis kaki berada diseluruh telapak kaki, payudara areola menonjol dan bantalan 3-4 mm, mata dan telinga sedikit melengkung, lunak, recoil lambat, genitalia pada laki- laki testis jelas dan scrotum juga cukup jelas. Pada pengkajian data objektif tidak ada kesenjangan antara data dasar dan diagnosa.

Langkah Kedua, Menurut Pantiawati (2013), pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan

perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

Data subyektif yaitu ibu mengatakan telah melahirkan anaknya apad tanggal 04 April 2017, pukul 23.³⁵.dengan berat badan bayi 1500 gram.Data Obyektif pendukung diagnosa diagnosa yaitu umum bayi lemah, tangis bayi: Lemah. Tanda- tanda vital : suhu : 35°C, HR : 120 x/menit, pernapasan : 60 x / menit, pemeriksaan antropometri : berat badan 1500 gram, lingkar perut : 27 cm, PB:44 cm,LK:29 cm, LD: 27 cm. pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi : kepala dan ubun- ubun tidak ada cephalhaematoma, tidak ada caput succedaneum. Wajah: tidak ada ikterik, tidak sianosis, dan tidak berkerut mata:simetris, sclera putih, mata bisa terbuka dengan baik. Telinga: simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata, bentuk dan kekerasan daun telinga sudah baik. Mulut: tidak ada labioskizis, dan labiopalatoskizis dan mukosa bibir lembab. Hidung: tidak ada pengeluaran lendir, tidak ada pernapasan cuping hidung. Dada: tidak ada retraksi dinding dada, pada payudara areola agak menonjol 3-4 mm. perut : tidak ada penonjolan sekitar tali pusat dan tidak ada perdarahan tali pusat, tidak kembung dan ada bising usus. Punggung: tidak ada fraktur, tidak ada massa atau benjolan di punggung. Kulit: kemerahan, tampak gambaran vena nilai satu, lanugo halus nilai dua. Ekstremitas atas: polidaktil tidak ada, bentuk simetris, pergerakan aktif, kuku jari pendek,.permukaan plantar: garis kaki diseluruh telapak nilai empat, payudara: areola agak menonjol,bantalan 1-2 mm nilai dua, mata atau

telinga: lengkung terbentuk baik, lunak, tapi rekoli baik nilai dua, Genitalia : testis sudah turun rugae jelas nilai tiga. Anus : atresia ani tidak ada, mekonium ada.

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas, maka ditegakan sebuah diagnosa kebidanan yaitu bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah. Pada analisa data dan diagnosa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah ketiga, menurut Varney, 2004, Pada Langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis/masalah tersebut tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis atau masalah tersebut benar- benar terjadi. Menurut Asrining dkk, (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada bayi berat lahir rendah antara lain, bisa terjadi Hipotermi, Hipoglikemia, Perdarahan Intracranial.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakan masalah potensial yang akan terjadi pada bayi adalah: resiko terjadinya Hipotermi, dan Hipoglikemia. Pada analisa masalah potensial yang terjadi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah keempat, Menurut Ika Pantiawati (2013), pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani

bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Menurut Varney (2004) tindakan perawatan yang dapat dilakukan pada bayi berat lahir rendah yaitu jaga kehangatan bayi dan pemberian ASI lebih sesering mungkin, dan Kolaborasi dokter, Hasil kolaborasi: - pasang infus D10% 6 tetes per menit, Ampisilin 2x70 mg/IV, O2 1 liter per menit, Gentamisin 1x75 mg/IV, Cek darah lengkap. Pada Jam 04.00 wita : pasang infuse D10% 6 tetes per menit (Mikro drip), injeksi ampisilin 75 mg/IV, melayani injeksi neo K 1 mg, memberikan salf mata. Sehingga pada penatalaksanaan tindakan segera yang dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah kelima, menurut Ika Pantiawati (2013), pada langkah ini dilakukan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori up to date, dan perawatan berdasarkan bukti (evidence based care). Menurut Varney (2004), Pada kasus bayi Ny. D.L perencanaan yang dibuat adalah mengobservasi TTV, lakukan pencegahan hipotemi, anjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin, melakukan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan dokter. Pada perencanaan tindakan yang dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah keenam, Pelaksanaan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan oleh penulis. Dalam teori Menurut Varney (2007), Pelaksaaan asuhan kebidanan pada bayi dengan BBLR bila dilakukan oleh keluarga

klien atau tenaga kesehatan lainnya. Pelaksanaan asuhan pada bayi Ny D.L disesuaikan dengan rencana tindakan. Pada langkah ini rencana tindakan dapat dilaksanakan tanpa ada hambatan terutama orang tua kooperatif. Dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah ketujuh, Menurut Varney (2007), hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi. Evaluasi yang diharapkan adalah keadaan bayi baik, tidak terjadi hipotermi dan hipoglikemia, dan berat badan bayi meningkat. Pada kasus bayi Ny.D.L telah dilakukan asuhan kebidanan selama 4 hari, keadaan umum bayi baik, hipotermi teratasi dan hipoglikemia tidak terjadi serta berat badan bayi naik menjadi 1800 gram refleks isap kuat, gerakan aktif, asuhan yang telah diberikan telah dilaksanakan secara efektif, efisien dan aman. Dan dilanjutkan dengan kunjungan rumah 3 hari Dan pada kunjungan rumah, bayi dengan keadaan umum baik, isapan kuat, TTV dalam batas normal yaitu: suhu $36,7^{\circ}\text{C}$. RR:46 kali per menit, HR: 130 kali per menit,tidak ada tarikan dinding dada. Pada evaluasi tindakan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Studi Kasus Yang Didapat Yaitu Bayi Baru Lahir Dengan Neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah yang dirawat di Ruang Nicu RSUD. Prof. Dr. W Z Johannes Kupang dari tanggal 04 s/d 17 April 2017. Dan kunjungan rumah dari tanggal 9-11 mei 2017 telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 (tujuh) langkah varney yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalh potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

Pada pengkajian data subyektif yang didapatkan adalah ibu mengatakan bayi lahir belum cukup bulan dengan masa gestasi 7 bulan (36 minggu) bayi lahir tanggal 04 April 2017. Jam 23.³⁵ wita, jenis kelamin laki- laki dengan berat badan 1500 gram.dan data Obyektif yang didapat adalah. Keadaan Umum: Lemah, Tangis bayi : Lemah, pemeriksaan Tanda-tanda Vital : Frekuensi Jantung : 120 x/ mnt, Pernafasan : 60 x/ mnt, Suhu : 35 °C, Pemeriksaan Antropometri: BB : 1500 gm, PB : 44 cm, LK : 29 cm, LD : 27 cm, LP : 27 cm

Pada Pemeriksaan fisik: Kepala: Simetris, tidak terdapat benjolan abnormal, tidak terdapat caput succedaneum dan chepal hematoma. Mata:Simetris, skelera putih, tidak ada perdarahan subkonjungtiva , Hidung: Simetris, tidak terdapat kotoran, tidak terdapat pernafasan cuping

hidung, Mulut : Bibir lembab, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis, lidah bersih, Telinga: Simetris, tidak terlihat adanya serumen, tidak ada kelainan, Leher : Tidak ada kelainan, Abdomen: Tidak tampak benjolan abnormal, tali pusat terbungkus kasa steril, dan tidak berdarah, Punggung : Tidak ada spina bifida, Genetalia : Bersih, testis sudah turun ke skrotum, Anus : Bersih, tidak terdapat atresia ani, Ekstermitas Atas: Simetris, dan jari-jarinya lengkap Bawah : Simetris, dan jari-jarinya lengkap Integumen : Warna kulit kemerahan, perutnya lembek, refleks menggenggam ada.

1. Dari hasil pengkajian baik data subyektif, obyektif dan pemeriksaan fisik dan antropometri yang didapatkan pada By.Ny D.L maka interpretasi yang dilakukan dengan menentukan diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan, yaitu: Bayi Baru Lahir dengan Neonatus Kurang Bulan- Kecil Masa Kehamilan dan Berat Bayi Lahir Rendah.
2. Diagnosa potensial pada By.Ny D.L adalah resiko terjadinya Hipotermi dan Hipoglikemia.
3. Tindakan segera pada By.Ny. D.L adalah Hangatkan Bayi didalam Infant Warner, dan menyusui bayi segera dan sesering mungkin. dan lakukan Kolaborasi dokter. Hasil kolaborasi: pasang infus D10% 6 tetes per menit, Ampisilin 2x70 mg/IV, O₂ 1 liter per menit, Gentamisin 1x75 mg/IV, Cek darah lengkap. Dan pada jam 04.00 wita pasang infuse D10% 6 tetes per menit (Mikro drip), injeksi ampisilin 70 mg/IV, melayani injeksi neo K 1 mg, memberikan salf mata.

4. Perencanaan asuhan pada By.Ny.D.L yaitu Tahap perencanaan ini disusun yang melibatkan keluarga. Sesuai asuhan kebidanan yang meliputi askeb, bio psikososial atau dasar rasionalisasi, yaitu monitor keadaan umum bayi, tanda- tanda vital, kehangatan, kebutuhan nutrisi (laktasi), peningkatan berat badan, dan tanda- tanda infeksi. Memberikan pemasangan Oksigen dan Oral Gastrik Tube terapi oksigen sangat membantu kelangsungan hidup bayi dengan masalah pernapasan,dan terapo Oral Gastrik Tube untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.
5. Pelaksanaan asuhan pada By.Ny.D.L yaitu Tahap perencanaan ini disusun yang melibatkan keluarga. Sesuai asuhan kebidanan yang meliputi askeb, bio psikososial atau dasar rasionalisasi, yaitu monitor keadaan umum bayi, tanda- tanda vital, kehangatan, kebutuhan nutrisi (laktasi), peningkatan berat badan, dan tanda- tanda infeksi. melaksanakan tindakan sesuai perencanaan yaitu Memberikan pemasangan Oksigen dan Oral Gastrik Tube terapi oksigen sangat membantu kelangsungan hidup bayi dengan masalah pernapasan,dan terapo Oral Gastrik Tube untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.
6. Berdasarkan data subyektif, obyektif dan pemeriksaan fisisk dan antropometri, dan pemeriksaan laboratorium pada By.Ny. D.L dengan Neonatus Kurang Bulan – Kecil Masa Kehamilan Dan Berat Bayi Lahir Rendah, pada saat dilakukan evalusai keadaan bayi tidak ada

terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi atau hambatan dari tindakan tersebut.

7. By.Ny. D.L sudah dihangatkan dalam Infant Warner, dan sudah melakukan pemasangan Oral Gastric Tube dan Oksigen. dan Evaluasi dari kasus ini yaitu dari perawatan selama \pm 3 minggu bayi dipulangkan dengan berat badan 1800 gram. suhu stabil normal. Refleks isapan kuat dan penampilan secara keseluruhan baik, dilanjutkan kunjungan rumah selama 3 hari. Dan pada kunjungan rumah bayi dengan keadaan umum baik, isapan kuat, TTV dalam batas normal yaitu: suhu $36,7^{\circ}\text{C}$. RR:46 kali per menit, HR: 130 kali per menit. tidak ada tarikan dinding dada.

5.2 Saran

1. Bagi lahan Praktek

Kasus BBLR yang dapat dijadikan pedoman dan perbandingan dalam pemberian asuhan kebidanan yang efektif dan komprehensif.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan dalam melakukan penelitian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan neonatus kurang bulan – kecil masa kehamilan dan berat bayi lahir rendah.

3. Bagi Responden

Disarankan bagi keluarga agar segera mencari pertolongan apabila tanda bahaya saat dirumah, serta keluarga diberi pendidikan bagaimana merawat bayi dengan berat badan lahir rendah.

4. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis dapat mengetahui dan memahami dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien dengan BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziah, Dkk. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Helen Varney. 2007. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Hidayat. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salembah Medika.
- Jannah Nurul. 2011 *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Khoirunnisa. 2010. *Asuhan kebidanan neonatus, bayi, dan anak balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Krisnadi, Dkk. 2009. *Prematuritas*. Jakarta: EGC
- Kristiyanasari. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonates Dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta: Nuha Medik
- Nanny Vivian. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodeologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salembah Medika
- Pantiawati. 2010. *Bayi Dengan BBLR*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Penerbit: Erlangga
- Sudarti, Dkk. 2013. *Asuhan Neonates Resiko Tinggi Dan Neonatal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sukardi. 2003. *Metodologi Penelitian Pendidikan* Jakarta: EGC
- Surasmi, Dkk. 2003. *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*. Jakarta: EGC



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614. Fax (0380) 832892
Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT PENGANTAR

Nomor : 263 / DIKLIT / IV / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV/a).

Menerangkan bahwa :

Nama : Selestina Leki
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 142 111 156
Asal Fak./Jur./Univ. : STIKes CHM-K Prodi D3 Kebidanan.

Yang akan melaksanakan **Studi Kasus** di **Ruangan NICU-NHCU** RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) bulan, terhitung mulai tanggal **05 April s/d 05 Mei 2017**, dengan judul :

**“ Asuhan Kebidanan Pada By.Nyonya D.L.dengan BBLR
di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang ”.**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 07 April 2017
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,
Kepala Bidang Pengembangan


Nurlaila Lanja S.Kep.Ners.
Pembina
NIP. 19641211 198703 2 016



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. 194 / VI / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Selestina Leki
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 142 111 156
Asal Fak./Jur./Univ. : Stikes CHMK, Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Pengambilan Data Awal/Studi Kasus di Ruang NICU-NHCU dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama Satu (1) Bulan, terhitung mulai tanggal 5 April s/d 2 Mei 2017, dengan Judul :

**"Asuhan Kebidanan Pada By. Ny. D. L. Dengan BBLR
di Ruang NICU-NHCU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang".**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 2 Mei 2017
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
Kepala Sub Bidang Diklit



Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Penata Tk. I
NIP. 19670615 199501 2003

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya mahasiswi jurusan kebidanan STIKES CHM-Kupang jalur umum angkatan VII mengadakan studi kasus pada bayi dengan judul **“BAYI BARU LAHIR DENGAN NEOT AUS KURANG BULAN- KECIL MASA KEHAMILAN DAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH DI RSUD PRO.DR W.Z JOHANNES KUPANG”**. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama suami untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas pasien dan keluarga.

Partisipasi orang tua/wali dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai. Atas partisipasi dan kerjasama yang baik, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

(Selestina Leki)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : “ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN NEONATUS KURANG BULAN- KECIL MASA KEHAMILAN DAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH DI RUANG NICU RSUD PROF DR.W.Z JOHANNES KUPANG”

Peneliti: Selestina Leki

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud studi kasus ini, dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Apabila saya merasa tidak nyaman dengan peneliti, saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian lembar persetujuan ini dibuat secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, April 2017

Responden

(By.Ny.D.L)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN
NEONATUS KURANG BULAN- KECIL MASA KEHAMILAN DAN BERAT
BAYI LAHIR RENDAH DIRUANG NICU RSUD. PROF.DR.W.Z.
JOHANNES KUPANG

I. Pengkajian

Tanggal	: Rabu, 05- April- 2017	Masuk Rs	: 05-04 2017
Jam	: 03.30 Wita	Jam	: 03.00 WITA
Register	: 463571		

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Biodata Bayi

Nama Bayi : Bayi Ny.”D.L “
Tanggal Lahir : 04- April- 2017
Usia : (8 Jam) 1 hari
Jenis kelamin : Laki-laki
Anak ke : 3 (Tiga)

2) Biodata Orang Tua

Nama Ibu	: Ny.”D.L”	Nama Suami	: Tn.” S ”
Usia	: 28 tahun	Usia	: 31 tahun
Agama	: K.P	Agama	: K.P
Suku	: Timor	Suku	: Timor
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Penghasilan	: Rp 200.000	Penghasilan	: Rp 500.000
Alamat	: Alak	Alamat	: Alak

b. Alasan masuk Rumah Sakit

Bayi rujukan dari puskesmas Alak dengan BBLR Bayi lahir tanggal 04 April 2017 pukul 23.³⁵ WITA berjenis kelamin laki-laki, dengan berat badan 1500 gram dan panjang badan 44 cm. Bayi lahir menangis Kuat,dengan Massa Gestasi 36 minggu a/s 9-10

c. Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayi lahir sebelum waktunya dengan berat badan 1500 gram

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarganya dan keluarga suaminya tidak ada yang menderita penyakit kronis seperti jantung, kencing manis, malaria, serta kanker, serta tidak pernah menderita penyakit turunan seperti tekanan darah tinggi, kencing manis dan asma, dan tidak pernah menderita penyakit menular seperti penyakit kuning, paru, malaria

e. Riwayat Kesehatan Sekarang

Bayi dalam keadaan lemah, ekstremitas dingin, tidak ada reflek jika tidak dirangsang

f. Riwayat Pre Natal, Natal dan Post Natal sekarang

1) Pre Natal

Trimester I

Ibu mengatakan pada awal kehamilannya yaitu 3 bulan pertama mengalami mual tetapi tidak sampai mengganggu aktifitas ibu. ibu memeriksakan kehamilannya di bidan setiap bulan dan mendapat terapi vitamin dan obat anti mual

Trimester II

Ibu mengatakan pada umur kehamilan diatas 3 bulan tidak pernah memeriksa kehamilannya.

2) Natal

Ibu mengatakan pada kehamilan 7 bulan sudah keluar lendir bercampur darah dan kencing² kemudian dibawa ke Puskesmas Alak Tanggal 04 April 2017 pukul 23.³⁵ WITA bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan lahir

1500 gram dan panjang badan 44 cm, bayi lahir menangis kuat, kulit kemerahan, gerak lemah, dan plasenta lahir lengkap

3) Post Natal

Ibu mengatakan tidak ada penyulit saat nifas, dan ibu belum menyusui bayinya

4) Neonatal

Ibu mengatakan bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan lahir 1500 gram dan panjang badan 44 cm, bayi lahir menangis kuat, kulit kemerahan, gerak lemah

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola	Di Rumah Sakit
Nutrisi	Bayi belum diberi Minum
Istirahat	Bayi lebih banyak menghabiskan waktunya untuk tidur, terkadang terbangun bila bayi BAB/ BAK
Eliminasi	BAK : 2 kali BAB : Mekonium
Aktivasi	Gerakan tangan dan kaki lemah
Personal hygiene	Bayi belum dimandikan, ganti popok bila BAB/BAK dan dilakukan perawatan tali pusat dengan cara bersihkan menggunakan kasa steril yang sudah dibasahi dengan alcohol dan mengeringkan kembali dengan kassa kering yang steril, dan tidak membungkusnya.

h. Riwayat Psikososial

1) Psikologi

Ibu dan keluarga mengatakan senang dengan kelahiran anaknya tapi juga khawatir dengan kondisi anaknya.

2) Sosial

Ibu mengatakan bahwa ia tinggal dengan suaminya, dan akan merawat dan mengasuh bayinya sendiri. Hubungan ibu dan keluarga sangat baik, dan hubungan ibu dengan tetangga dan lingkungan sekitarnya baik

3) Budaya

Ibu tidak pernah pantang makanan apapun. Ibu tidak suka minum jamu, dan selalu berobat dipetugas kesehatan bila sakit.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Lemah

Tangis bayi : Lemah

Tanda-tanda Vital :

Frekuensi Jantung : 120 x/ mnt

Pernafasan : 60 x/ mnt

Suhu : 35 °C

Pemeriksaan Antropometri

BB : 1500 gm

PB : 44 cm

LK : 29 cm

LD : 27 cm

LP : 27 cm

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Kepala : Simetris, tidak terdapat benjolan abnormal, tidak terdapat caput succedaneum dan chepal hematoma.

Mata : Simetris, sklera putih, tidak ada perdarahan subkonjungtiva

Hidung : Simetris, tidak terdapat kotoran, tidak terdapat pernafasan cuping hidung

Mulut : Bibir lembab, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis, lidah bersih

Telinga : Simetris, tidak terlihat adanya serumen, tidak ada kelainan.

Leher : Tidak ada kelainan

Abdomen : Tidak tampak benjolan abnormal, tali pusat terbungkus kasa steril, dan tidak berdarah.

Punggung : Tidak ada spina bifida

Genetalia	: Bersih, testis sudah turun ke skrotum
Anus	: Bersih, tidak terdapat atresia ani
Ekstermitas	
Atas:	Simetris, dan jari-jarinya lengkap
Bawah :	Simetris, dan jari-jarinya lengkap
Integumen	: Warna kulit kemerahan, perutnya lembek
2) Palpasi	
Kepala	: Tidak terdapat benjolan abnormal
Leher	: Tidak ada kelainan
Abdomen	: Tidak teraba pembesaran hepar
3) Auskultasi	
Dada	: Dada tidak terdengar bunyi ronchi maupun wheezing, tidak ada retraksi dinding dada.
Abdomen	: Bising usus positif
4) Reflek	
Moro reflek	: tidak diperiksa
Rooting reflek	: tidak diperiksa
Swallowing reflek	: tidak diperiksa
Suckling reflek	: tidak diperiksa
Reflek menggenggam	: ya (lemah)
Babinski	: tidak diperiksa

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
Diagnosa: Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR	<p>DS: ibu mengatakan bayi lahir belum cukup bulan dengan masa gestasi 7 bulan (36 minggu) bayi lahir tanggal 04-04-2017. Jam 23.³⁵ wita, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 1500 gram.</p> <p>D O:</p> <p>KU: lemah, , Tangis bayi :lemah</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan tanda- tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> Suhu : 35, °C Frekuensi jantung : 120 x/mnit Pernapasan : 60 x/mnit b. Pemeriksaan antropometri <ul style="list-style-type: none"> BB: 1500 gram, PB: 44 cm, LK: 29 32 cm, LD: 27 cm, LP: 27 cm. <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>1) Inspeksi</p> <p>Kepala: Simetris, tidak terdapat benjolan abnormal, tidak terdapat caput succedaneum dan chepal hematoma.</p> <p>Mata : Simetris, sklera putih, tidak ada perdarahan subkonjungtiva</p> <p>Hidung:Simetris, tidak terdapat kotoran, tidak terdapat pernafasan cuping hidung</p> <p>Mulut : Bibir lembab, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis, lidah bersih</p> <p>Telinga:Simetris, tidak terlihat adanya serumen, tidak ada kelainan.</p> <p>Leher: Tidak ada kelainan</p> <p>Abdomen: Tidak tampak benjolan abnormal, tali pusat masih terbungkus kasa steril, dan tidak berdarah.</p> <p>Punggung : Tidak ada spina bifida</p> <p>Genetalia : Bersih, testis sudah turun ke skrotum</p> <p>Anus : Bersih, tidak terdapat atresia ani</p> <p>Ekstermitas</p> <p>Atas : Simetris, dan jari-jarinya lengkap</p> <p>Bawah : Simetris, danjari-jarinya lengkap</p> <p>Integumen : Warna kulit kemerahan, perutnya lembek</p> <p>2) Palpasi</p>

	Kepala : Tidak terdapat benjolan abnormal Leher : Tidak ada kelainan Abdomen : Tidak teraba pembesaran hepar 3) Auskultasi Dada : Tidak terdengar bunyi ronchi maupun wheezing, tidak ada retraksi dinding dada Abdomen : Bising usus positif 4) Reflek Reflek mengenggam : ya (lemah)
--	---

III. Antisipasi Masalah Potensial

Resiko terjadinya Hipotermi dan Hipoglikemia

IV Tindakan Segera

Hangatkan bayi di infant warmer dan lakukan Kolaborasi dokter

Hasil kolaborasi: - pasang infus D10% 6 tetes per menit

- Ampisilin 2x70 mg/IV
- O2 1 liter per menit
- Gentamisin 1x75 mg/IV
- Cek darah lengkap

Jam 04.00 wita : - pasang infuse D10% 6 tetes per menit(Mikro drip)

- injeksi ampisilin 70 mg/IV
- melayani injeksi neo K 1 mg
- memberikan salf mata

V. PERENCANAAN

Tanggal : 05-04-2017

Jam : 04.15 wita

Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya.

R/ Ibu dan keluarga berhak untuk mengetahui kondisi bayinya agar lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada bayi

R/ Menghindari infeksi nosokomial

3) Observasi tanda- tanda vital bayi

R/ Sebagai parameter untuk mengetahui apakah ada infeksi, dan keadaan umum bayi.

4) Anjurkan ibu untuk peras asinya untuk diberikan kepada bayinya setiap 2 jam sekali

R/ ASI merupakan nutrisi yang adekuat, dan ASI mengandung antibody yang dapat melindungi bayi dari serangan penyakit

5) Observasi BAB dan BAK

R/ BAB dan BAK diharapkan dapat mengetahui kelancaran proses metabolisme BBL.

6) Menggantikan popok bayi yang basah

R/ Mencegah perpindahan suhu tubuh bayi secara konduksi

7) Jaga suhu tubuh bayi untuk mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi dengan memberikan selimut hangat dan letakkan bayi pada infant warmer.

R/Mengurangi terjadinya penguapan pada suhu tubuh untuk mencegah terjadinya hipotermi

8) Menganjurkan pada ibu untuk melakukan metode kanguru pada bayi.

R/ melakukan metode kanguru merupakan salah satu cara untuk tetap jaga kehangatan bayi

9) melakukan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan dokter, memberikan O₂ nasal kepada bayi, memberikan OGT kepada bayi.

R/- Sebagai bentuk tindakan pengobatan dokter

- untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.

- terapi oksigen sangat membantu kelangsungan hidup bayi dengan masalah pernapasan.

10) Dokumentasikan tindakan yang dilakukan

R/ Sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dalam setiap tindakan yang dilakukan.

VI.PELAKSANAAN

Tanggal : 05-04-2017

Jam : 04.30 wita

Diagnose : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR

N o	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Monitoring	Paraf
1	05-04-2017	04.30 wita	Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya. Keadaan bayi lemah, BB :1500 gram, PB: 44 cm, LK: 29 32 cm, LD: 27 cm, LP: 27 cm.	Ibu mengerti dan mengetahui dengan penjelasan yang diberikan.	
2			Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan	sudah dilakukan cuci tangan dengan menggunakan 7 langkah	
3			Mengobservasi kondisi dan TTV bayi	S : 35°C HR : 120 x/ menit, RR : 55 x/ menit	
4		04.35 wita	Menganjurkan ibu untuk mengeluarkan ASInya dengan cara memompa supaya diberikan kepada bayinya tiap 2 jam	ASI yang dikeluarkan sebanyak 20 cc.	
5	05-04-2017	04.40 wita	Melakukan pemantauan BAB dan BAK	Ibu mengatakan bayi BAB : Mekonium 1 kali	

6		04.45	Menggantikan popok bayi yang basah	dan BAK : ± 2 kali Bayi dalam keadaan bersih	
		04.50	Pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C dengan cara bungkus bayi dengan selimut dan tempatkan bayi dalam infant warmer.	Bayi terbungkus dengan selimut dan rawat bayi didalam infant	
		04.55	Melakukan metode kanguru dengan cara bayi diletakan terlungkup didada ibu agar terjadi kontak kulit langsung antara ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat	Telah dilakukan metode kanguru	
		05.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Injeksi gentamisin 70 mg/IV 2. Memasang O2 1 liter per menit. 3. Mengambil sampel darah untuk cek darah lengkap. 4. Menghitung ballar score 35-36 minggu. 5. Menghitung down score 3 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telah dilakukan injeksi, reaksi (-) 2. O2 jalan baik 3. Sampel darah sudah dikirim ke lab untuk di periksa 4. Telah dilakukan 5. Telah dilakukan 	
8		05.30	Mengambil hasil lab konsultasi dengan dokter	Advis: terapi lanjut:	
		06.30	Observasi keadaan umum bayi	bayi lemah, sesak (+), syanosis (-), merintih	
	05-04-2017				

			(+),terpasang O2 (+) 1 liter per menit, IVFD D10%, jalan lancar 6 tetes per menit.
06.40	<p>1. Mengobservasi keadaan umum bayi</p> <p>2. Mengobservasi kondisi dan TTV bayi.</p> <p>3. Mengobservasi infuse D10%, 6 tetes per menit (mikro drip)</p>	<p>1. Bayi sesak (+), menangis kuat, terpasang oksigen 1 liter per menit.</p> <p>2. S: 35,7°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 150 kali per menit.</p> <p>3. Infus berjalan lancar 6 tetes per menit (mikrodrip)</p>	
08.00	<p>Mengukur suhu axilla</p> <p>1. Memasang OGT no 5 untuk decompresi.</p> <p>2. Coba ASI 1 cc/OGT</p>	<p>S: 36,6°C</p> <p>1. Telah berhasil memasang OGT.</p> <p>2. Bayi Tidak ada reaksi minum</p>	
09.30	Menyambung cairan D10% 70 cc/12 jam 6 tetes per menit s/d jam 01. ⁰⁰	Infus jalan lancar 6 tetes per menit (mikrodrip).	
10.00	<p>1. Mengobservasi keadaan umum bayi.</p> <p>2. Coba ASI 1 cc/ OGT</p>	<p>1. Keadaan umum bayi sesak(+), cyanosis(-), merintih(-),bayi tidur, terpasang O2 1 liter per menit.</p> <p>2. Telan (+), mual (-),muntah (-)</p>	

05-04-2017			3. Mengobservasi TTV.	3. S:37°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 150 kali per menit.
			4. Memonitor infuse D10% s/d jam 01. ⁰⁰	4. Infus jalan lancar, 6 tetes per menit (mikro drip).
	13.00	Mengobservasi keadaan umum bayi		Keadaan umum bayi sesak (+), sianosis (-), menangis kuat, terpasang O2 I liter per menit
	14.00	1. Mengobservasi keadaan umum bayi		1. Keadaan umum bayi sesak (+), sianosis (-), menangis kuat, terpasang O2 I liter per menit.
		2. injeksi ampicilin 70 mg/IV		2. Reaksi (-)
	14.30	1. Mengukur TTV pada bayi		1. S: 36,5°C, pernapasan: 62 kali per menit, HR: 138 kali per menit.
		2. Mengobservasi keadaan umum bayi.		2. Keadaan umum bayi sesak

				(+),syanosis (-), merintih (+), terpasang OGT no 5 untuk deco mpresi.
			3. Memasang O2 JR no 5 cmH2O.	3. Telah berhasil me masang O2 JR
			4. Mengobservasi keadaan umum bayi	4. Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi tidur tenang.
	15.00	Mengobservasi keadaan umum bayi		Keadaan umum bayi sesak (+),syanosis(-)terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi tidur tenang.
	16.00	Mengobservasi keadaan umum bayi		Keadaan umum bayi sesak (+),syanosis(-), terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi tidur tenang.
05-04-2017	17.00	Mengobservasi keadaan umum bayi		Keadaan umum bayi sesak (+),syanosis(-),

				terpasang O2 JR bayi tidur tenang, acral hangat sementara dihangatkan di infant warner.
		18.00	1. Mengobservasi keadaan umum bayi.	1. Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), bayi puasa, O2 JR (+), Ivfd terpasang D10% s/d 01. ⁰⁰
			2. Mengobservasi TTV	2. S: 36,5°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 140 kali per menit.
			3. Mengobservasi O2 JR	3. O2 JR (+)
			4. Mengobservasi IUDF D10% 6 tetes per menit (mikro drip)	4. IVFD jalan lancar, 6 tetes per menit, (mikro drip).
		19.00	Mengobservasi keadaan umum bayi	Keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), bayi tidur, O2 JR (+), IVFD jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip).
9		20.00	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	Sudah dicatat pada lembar observasi dan status

VII. EVALUASI / CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 6-04-2017,pukul 03.00 wita

Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR

Hari / tanggal/ jam	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
Kamis /6-04- 2017/ 03.00 wita	<p>S : -</p> <p>O : keadaan umum bayi sesak (+), bayi tidur tenang, tubuh teraba hangat, O2JR (+), terpasang IVFD D10% 6 tetes per menit (mikro drip),</p> <p>A : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR, umur 2 hari</p> <p>P :- kaji tanda- tanda distress pernapasan observasi TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rawat bayi dalam infant warner - Hindari kehilangan panas secara evaporasi, radiasi, konduksi, konveksi - Rawat tali pusat <p>Berikan antibiotic sesuai program pengobatan dokter.</p> <p>Therapy lanjut: Ampicilin 2x75 mg /IV, , Gentamicin 1x 5,6 mg/IV, Aminopilin 1x3,6 mg /IV, Ranitidine 1x2,1 mg.</p> <p>04.00 : menyuntik Ampicilin 75 mg /IV</p> <p>05.00 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 56 kali per menit, HR: 130 kali per menit. 2. melakukan personal hygiene 3. merawat tali pusat 4. mengganti popok bayi 	
06-04-2017	06.30 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak	

06-04-2017	<p>(+), menangis (+), O2 JR (+), terpasang infuse D10% 6 tetes per menit s/d jam 13.⁰⁰.</p> <p>07.00 : mengobservasi keadaan umum bayi, sesak (+), syanosis (-), aktif cukup, O2 JR (+), terpasang infuse D10% 6 tetes per menit s/d jam 13⁰⁰</p> <p>07.30 : mengobservasi TTV: S: 36°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 130 kali per menit</p> <p>08.00 : mengontrol infus jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip).</p> <p>09.00 : mempertahankan posisi O2 dengan baik</p> <p>10.00 : mengontrol infuse jalan lancar 6 tetes per menit (mikro drip)</p> <p>11.30:- mengobservasi TTV: S: 36,8°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 130 kali per menit. - mengganti pempres bayi karena BAK.</p> <p>12.30 : mengatur posisi tidur kepala semiektensi</p> <p>13.00 : menyambung cairan IVFD D10% 168 cc/24 jam, 7 tetes per menit (Mikro)</p> <p>14.00 : mengobservasi keadaan umum bayi: sesak (+), syanosis (-), aktif, menangis kuat (+), bayi puasa (+), OGT decompresi (+), O2 JR (+), infus D10% s/d jam 01.⁰⁰.jalan lancar 7 tetes per menit, bayi rawat dalam incubator.</p> <p>15.00: - mengukur TTV: S: 36,7°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 130 kali per menit. - mengganti popok bayi BAK (+).</p> <p>16.00: menyuntik ampicilin 75 mg/IV</p> <p>17.00 : menyuntik Gentamicin 5,6 mg/IV</p> <p>18.00 : mengobservasi infuse jalan lancar 7 tetes per</p>	
------------	---	--

	<p>menit s/d jam 01.⁰⁰</p> <p>20.30 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), RDD (+), syanosis (-), puasa (+), O² JR (+), infuse D10% 7 tetes per menit s/d jam 01.⁰⁰ jalan lancar.</p> <p>21.00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), RDD (+), menangis (+), kadang merintih, terpasang O2 JR PEEP 5 cmH2O, puasa OGT compresi (+), bayi dihangatkan di incubator. - Mengukur TTV: S: 38⁰C, pernapasan: 70 kali per menit, HR: 130 kali per menit - Mengobservasi infuse D10% 7 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 01.⁰⁰ hematoma (+) <p>21.30: - aff infus karena hematoma</p> <ul style="list-style-type: none"> - memasang ulang infus D10% 6 tetes per menit (mikro drip) berhasil. <p>22.00 : - melayani injeksi Aminopilin 3,6 mg /IV, reaksi (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - menginjeksi ranitidine 2,1 mg/IV, reaksi (-) - mengukur suhu 36,8⁰C <p>23.00 : Observasi keadaan umum sesak (+) syanosis (-) aktif cukup, menangis kuat, RDD (+), O2 JR (+)</p> <p>00.00 : Observasi keadaan umum sesak (+) syanosis (-) aktif cukup, menangis kuat, RDD (+), O2 JR (+)</p>	
Jumat /7-04-	S : -	

<p>2017/ 02.00 wita</p>	<p>O : Ku : bayi sesak (+) cyanosis (-) RDD (+), bayi tidur tenang O2 JR (+)</p> <p>A : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR, umur 3 hari</p> <p>P :- cuci tangan 6 langkah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tanda- tanda distress pernapasan - Observasi TTV tiap 3 jam - Therapy lanjut : Ampicilin 2x75 mg /IV, Aminopilin 2x3,6 mg / IV, Ranitidine 1x2 mg, melayani ASI 2 cc. <p>04.00 : - memberi injeksi ampisilin 75 mg/IV, reaksi (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur TTV: S: 37,5°C, pernapasan: 68 kali per menit, HR: 140 kali per menit <p>05.00 :- melakukan personal hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - merawat tali pusat (tali pusat masih basah) <p>06.00 : memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV, reaksi (-)</p> <p>07.00 : mengobservasi bayi sesak (+), syanosis (-), menangis kuat kadang merintih, gerak cukup, terpasang O2 JR, bayi puasa OGT decompresi (+), residu lambung (+), infuse D10% 6 tetes per menit (mikri drip) s/d jam 13.00, bayi dihangatkan di infant warner</p> <p>07.30: - mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), syanosis (-), RDD ringan (+), bayi dihangatkan di incubator.</p>	
<p>07-04-2017</p>	<p>- Mengobservasi infus D10% 6 tetes per</p>	

07-04-2017	<p>menit (mikro drip), jalan lancar.</p> <p>08.00 : mengobservasi bayi, tidur tenang, sesak (-), syonosis (-).</p> <p>09.00 : mengobservasi bayi, tidur tenang, sesak (-), syonosis (-).</p> <p>09.20: - visite advis dokter - aff O2 JR</p> <p>10.00: melayani injeksi ranitidine 2 mg/IV reaksi (-)</p> <p>10.20: - menyiapkan bayi untuk transfusi plasma 20 cc - mengobservasi TTV: S: 36,1°C, pernapasan: 60 kali per menit,HR: 130 kali per menit - melayani spooling Nacl 1 cc</p> <p>10.30 : - memeriksa No BAG S0190864 gol darah AB Rh (+) - melayani transfuse plasma 20 cc/2 jam /10 cc /jam</p> <p>11.00 : mengobservasi reaksi transfuse (negative)</p> <p>12.00 : melayani ASI 1 cc/OGT, jalan (+), mual (- ,)muntah (-). - Mengganti pempers, BAB/BAK (+)</p> <p>12.30: - syring pump alarm , transfuse plasma selesai - melayani spoling Nacl 2 cc</p> <p>13.00 : menyambung cairan infuse D10 95 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip),s/d jam 01.00</p> <p>14.00: memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV</p>	
------------	--	--

	<p>reaksi (-)</p> <p>14.30:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengobservasi keadaan umum bayi sesak (-) syanosis (-), menangis kuat (+) bayi minum 1 cc/ oral telan (+), mual (-), muntah (-), IVFD terpasang D10% 8 tetes per menit (mikri drip), s/d jam 01.⁰⁰ - mengobservasi TTV: S: 36,3°C, pernapasan: 44 kali per menit, HR: 120 kali per menit - mengobservasi IVFD D10% 8 tetes per menit (mikro drip) jalan lancar. <p>16.00 : melayani injeksi ampisilin 75 mg/IV, jalan lancar.</p> <p>17.00 : - mengobservasi TTV: S: 36,6°C, pernapasan: 40 kali per menit, HR: 120 kali per menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengganti popok (BAK +)\ <p>18.00: member minum ASI 1 cc/ oral, telan (+), mual-muntah (-),</p> <p>20.00 : mengontrol bayi sesak/syanosis (-), akti, menangis kuat.</p> <p>21.00: - mengobservasi bayi sesak (+), cyanosis (-), RDD (+), menangis kuat, gerak aktif, terpasang O2 JR 5 cmH2O, bayi dihangatkan di infant warner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur TTV: S: 36,7°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 148 kali per menit. Memonitor infuse D10% 8 tetes per menit, jalan lancar s/d jam 01.⁰⁰ <p>22.00:- memberi injeksi aminopilin 3,6 mg/IV,</p>	
07-04-2017		

	<p>reaksi (-)</p> <p>- mengganti pempers BAB (-), BAK (+)</p> <p>23.00 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (+), sianosis (-), RDD (+), bayi tidur tenang</p> <p>23.30 : memindahkan bayi dari infat warner ke incubator dengan setianya, suhu incubator 35°C</p> <p>23.45: - aff infus karena hematoma</p> <p>- memasang ulang infuse D10% 98 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 13.⁰⁰</p>	
<p>Sabtu / 8-04-2017 / 03.00 wita</p> <p>08-04-2017</p>	<p>S : -</p> <p>O : ku : sesak (+), cyanosis (-), bayi tidur tenang (+).</p> <p>A : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR, umur 4 hari</p> <p>P Cuci tangan 6 langkah</p> <p>- Observasi TTV tiap 3 jam Berikan antibiotic</p> <p>- Therapy lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilin 2x75 mg/IV • Gentamisin 1x5,6 mg/IV • Aminopilin 3x3,6 mg/IV • Ranitidine 1x2 mg/IV • Transfuse plasma 20 cc <p>04.00: - mengukur TTV: S: 36,5°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 140 kali per menit.</p> <p>- menginjeksi ampicilin 75 mg/IV, reaksi (-)</p> <p>05.00 :- menginjeksi gentamisin 5,6 mg/IV, reaksi</p>	

08-04-2017	<p>(-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan personal hygiene - merawat tali pusat bayi - mengatur posisi tidur bayi <p>06.00 : meginjeksi aminopilin 3,6 mg/IV, reaksi (-)</p> <p>07.00 : mengobservasi bayi sesak (+),syanosis (-), menangis kuat, gerak aktif, bayi akral hangat,infus D10% 8 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 13.⁰⁰, bayi rawat didalam incubator.</p> <p>08.00 : mengukur TTV: S:38°C, pernapasan: 48 kali per menit, HR: 160 kali per menit.</p> <p>09.45 : visite dokter: FFP 20 cc selama 2 hari 1 jam 10 cc, therapy lanjutkan.</p> <p>10.00 : mengambil darah untuk cek eristrosit telah berhasil</p> <p>10.20 : mengirim sampel darah ke lab</p> <p>11.00 :- mengukur TTV: S: 37,7°C, pernapasan: 64 kali per menit, HR: 150 kali per menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengganti pempers (BAK +) <p>13.00 : menyambung cairan D10% 98 cc/12 jam 8 tetes per menit (mikro drip) s/d jam 01.00</p> <p>13.45: - menyiapkan bayi untuk transfuse plasma 20 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur TTV: S: 36,5°C, pernapasan: 62 kali per menit, HR: 150 kali per menit - menginjeksi aminopilin 3,6 mg/IV reaksi () <p>14.00 : melayani Nacl 2 cc spuit</p> <p>14.05: - memeriksa no bag 50214815.gol darah AB Rh (+)</p> <ul style="list-style-type: none"> - melayani transfuse plasma 20 cc/2 jam/ 10 	
------------	---	--

	cc/jam	
	14.10 : mengobservasi reaksi transfuse, reaksi (-)	
	14.30 : mengobservasi TTV: S: 37,2°C, pernapasan: 60 kali per menit, HR: 136 kali per menit	
	15.00 : mengontrol infus/ plasma jalan lancar 10 cc/ jam	
	15.15 : mengontrol reaksi plasma, reaksi (-)	
	15.30 : mengontrol infus, phlebitis (-), plasma jalan lancar	
	16.00 : mengontrol plasma sering pump alarm transfuse plasma selesai	
	16.05: - menyambung cairan D10% 98 cc/ 12 jam 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 01.00	
	- menginjeksi Ampicilin 75 mg/IV, reaksi (-)	
	16.30 : mengontrol keadaan umum bayi sesak/ syanosis (-)	
	17.30: - mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 148 kali per menit	
	21.00 : - mengobservasi keadaan umum bayi sesak (-), syanosis (-), terpasang OGT (+), minum 1 cc//oral telan (+), mual-muntah (-), IUFD (+) D10% 8 tetes per menit (mikro drip), s/d jam 01. ⁰⁰	
	- mengobservasi TTV: S: 37°C, pernapasan: 50 kali per menit, HR: 130 kali per menit	
08-04-2017	22.00: - mengobservasi IUFD, menetes jalan lancar	

	<p>8 tetes per menit, hematoma (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengganti popok BAB/BAK (+) - melayani injeksi ranitidine 2 mg/IV, reaksi (-) - melayani injeksi aminopilin 3,6 mg/ IV, reaksi (-) <p>23.00 : mengobservasi keadaan umum bayi sesak (-), cyanosis (-), bayi tidur tenang, mual-muntah (-), kembung (-)</p> <p>24.00 : melayani minum ASI 1 cc/ oral, telan (+), mual-muntah (-), kembung (-).</p>	
Minggu / 09-04-2017 / 01.00	<p>Bayi masih rawat diruang NICU RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang, dan masih dalam perawatan dokter.</p>	

KUNJUNGAN RUMAH

NO	Hari/ tgl / jam	Pelaksanaan	paraf
	09- Mei 2017 Pukul : 15.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan bayi rawat di ruang nichu Rsud Prof.dr w.z Johannes kupang dari tanggal 05-04-2017, dan bayi keluar dari RS tanggal 08-05-2017 dengan berat badan 1800 gram. dan ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan bayi sudah dapat menyusu isapan ASI kuat.</p> <p>O : pemeriksaan umum, KU : baik, kesadaran : Composmentis, TTV : S : 36,7⁰C RR : 48 x/ menit, HR : 130x/menit, BB: 1800 gram. Pemeriksaan fisik : kulit kemerahan, tonus otot baik, wajah tidak berkerut, tidak ikterik, tali pusat bersih, sudah kering, bising usus baik, bayi tidak kembung, ekstremitas tidak sianosis, genetalia bersih.</p> <p>A : BBLR dengan NKB-KMK (premature), Hari ke-28</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memandikan bayi dengan air hangat. 2. Memantau cara atau tehnik metode kanguru pada ibu sesuai yang sudah diajarkan. 3. Mengajarkan pada ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi. 4. Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya tiap 2 jam atau sesuai keinginan bayi dan berikan ASI sampai bayi berusia 6 bulan. 5. Menganjurkan ibu untuk makan- 	

		<p>makanan bergizi seperti nasi, sayuran hijau, ikan, telur, daging, tahu, dan tempe.</p> <p>6. Menganjurkan pada ibu untuk menciptakan ruangan yang hangat dirumah dengan lampu dalam kamar bayi selalu menyala.</p> <p>7. Mengobservasi tehnik menyusui.</p> <p>8. Menginformasikan kepada ibu tanda bahaya pada BBL yaitu: bayi kuning, kejang, kebiruan, dan tidak menyusui, sulit bernapas, adanya tarikan dinding dada.</p> <p>9. Anjurkan pada ibu apabila bayi mengalami salah satu tanda bahaya tersebut diatas, harus segera kepuskesmas untuk dilakukan penanganan segera.</p>	
10- Mei 2017	Pukul 08.00 wita	<p>S: ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan bayi sudah dapat menyusu isapan ASI kuat.</p> <p>O : pemeriksaan umum, KU : baik, kesadaran : Composmentis, TTV : S : 36,8⁰C RR : 50x/ menit, HR : 132x/ menit, pemeriksaan fisik : kulit kemerahan, tonus otot baik, wajah tidak berkerut, tidak ikterik, tali pusat bersih, sudah kering, bising usus baik, bayi tidak kembung, ekstremitas tidak sianosis, genetalia bersih.</p> <p>A : BBLR dengan NKB-KMK (premature), Hari ke-29</p> <p>P :</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memandikan bayi dengan air hangat. 2. Melihat cara atau tehnik metode kanguru pada ibu sesuai yang sudah diajarkan. 3. Mengajarkan pada ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi. 4. Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya tiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi dan berikan ASI sampai bayi berusia 6 bulan. 5. Menganjurkan ibu untuk makan-makanan bergizi seperti nasi, sayuran hijau, ikan, telur, daging, tahu, dan tempe. 6. Menganjurkan pada ibu untuk menciptakan ruangan yang hangat dirumah dengan lampu dalam kamar bayi selalu menyala. 7. Mengobservasi tehnik menyusui. 	
	<p>11- Mei 2016</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>wita</p>	<p>S : ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan bayi sudah dapat menyusu isapan ASI kuat.</p> <p>O : pemeriksaan umum, KU : baik, kesadaran : Composmentis, TTV : S : 36,7⁰C RR : 52 x/ menit, HR : 134x/ menit, pemeriksaan fisik : kulit kemerahan, tonus otot baik, wajah tidak berkerut, tidak ikterik, tali pusat bersih, sudah kering, bising usus baik, bayi tidak kembung, ekstremitas tidak sianosis, genetalia bersih.</p> <p>A : BBLR dengan NKB-KMK (premature), Hari ke-30</p>	

		<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memandikan bayi dengan air hangat. 2. Melihat cara atau tehnik metode kanguru pada ibu sesuai yang sudah diajarkan. 3. Mengajarkan pada ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi. 4. Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya tiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi dan berikan ASI sampai bayi berusia 6 bulan. 5. Mengajarkan ibu untuk makan-makanan bergizi seperti nasi, sayuran hijau, ikan, telur, daging, tahu, dan tempe. 6. Mengajarkan pada ibu untuk menciptakan ruangan yang hangat dirumah dengan lampu dalam kamar bayi selalu menyala. 7. Mengobservasi tehnik menyusui. 	
--	--	---	--

Lampiran 6



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

REKAMAS NO. 47 KEM. RI, Gedung Kesehatan, Kupang NTT Indonesia



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswi : SELESTINA LEKI
NIM : 142111156
Pembimbing II : Gaudentiana R. Mauk, SST

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf	Ket
1.	Rabu / 26-7-2017	Askeb, Langhas I	Pubaiti	<i>[Signature]</i>	
2.	Senin / 7-8-2017	Askeb L. I - II. RI - IV	Pubaiti.	<i>[Signature]</i>	
3.	Jumat / 11-8-2017	askeb L. I & II. di Kabupaten Baya / Langiza Rumoh.	Pubaiti	<i>[Signature]</i>	
4.	Senin / 14-8-2017	Askeb - bab II. D.	Pubaiti.	<i>[Signature]</i>	
5.	Senin / 21-8-2017	Askeb → L. II. ↓ yg hrs. di perbaiki sarat konsul yg telah → belum di perbaiki.	Pubaiti.	<i>[Signature]</i>	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswi : SELESTINA LEKI
NIM : 142111156
Pembimbing II : Gaudentiana R. Mauk, SST




NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf	Ket
6.	Selasa / 29.8.2017	Askeb.	Pu bairi.		
7.	Kamis / 31.8.2017	Askeb	Pu bairi.		
8.	Jumat / 8.9.2017	Askeb - sub 4-5 - pemeriksaan lab.	Pu bairi.		
9.	Senin / 11.9.2017	Askeb - sub 4-5 pemeriksaan lab.	Pu bairi.		



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama Mahasiswi : Selestina Leki
NIM : 142111156
Penguji : Florentianus Tat, S.Kep, M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	Jumat, 30/9 2017	Perbaiki Bab I-III		
2.	Sabtu, 31/9- 2017	Perbaiki sistematis penulisan		
3.	Senin, 2/10/2017	Acc Bab I-V dan Lampiran		



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama Mahasiswi : Selestina Leki
NIM : 142111156
Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
	6/10/2017	Revisi.	LENGKAP Alfistonu	
	9/10/2017	acc.		



Nama Mahasiswi : Selestina Leki
NIM : 142 111 156
Pembimbing II : Gaudentiana R. Mauk, SST

[illegible]